Question sociale, question médicale. La professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile en France

Thèse de sociologie préparée par **Vianney SCHLEGEL** et soutenue publiquement le 30/09/2019

UNIVERSITÉ DE LILLE
CLERSÉ (UMR 8019) – Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques
ED SÉSAM (73) – Sciences économiques, sociales de l'aménagement et du management

Composition du jury

Maryse BRESSON, Professeure à l'UVSQ – Rapporteure
Didier DEMAZIÈRE, Directeur de recherche CNRS à Sciences Po Paris – Président
Vincent DUBOIS, Professeur à l'Université de Strasbourg – Examinateur
Dominique DUPREZ, Directeur de recherche CNRS à l'UVSQ – Directeur de thèse
Pascale PICHON, Professeure à l'Université de Saint-Étienne – Rapporteure
Bernadette TILLARD, Professeure à l'Université de Lille – Directrice de thèse

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Remerciements

Les analyses développées dans les pages qui suivent partent d'un postulat simple mais fondamental : il n'y a de travail que collectif. Les thèses peuvent induire l'isolement de leurs auteur-e-s, mais elles ne dérogent pas à ce constat. J'espère que ces quelques lignes sauront exprimer, peut-être maladroitement, toute la reconnaissance que j'ai envers les personnes qui tout au long de ce travail, m'ont aidé, soutenu et l'ont rendu possible. Merci.

En premier lieu, ma gratitude va à Dominique Duprez et Bernadette Tillard, pour leur confiance et leurs conseils dans les orientations théoriques ou méthodologiques de cette thèse, mais aussi pour leurs rappels à point nommé d'éléments perdus de vue par manque de recul ou d'expérience. Pour avoir accepté de lire et de discuter ce travail, je remercie chaleureusement Maryse Bresson, Didier Demazière, Vincent Dubois et Pascale Pichon.

Cette recherche a été financée par la région Nord-Pas-de-Calais et l'Université Lille 1 entre 2013 et 2016. Pôle Emploi a pris le relai durant deux ans. Tout au long de mon doctorat, l'Université Lille 1 – devenue Université de Lille –, l'école doctorale SÉSAM (n°73) et le Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (CLERSÉ, UMR 8019) m'ont assuré des moyens matériels précieux afin de me socialiser au monde de la recherche. Je remercie notamment Jean Andrianavaly, Catherine Clauw, Sophie Goyat, Dominique Mosbah et tout particulièrement Sandrine Maës pour leur disponibilité et les ressources mises à ma disposition.

Ma reconnaissance va ensuite aux personnes qui sont au cœur de cette thèse et qui m'ont accordé leur temps et leur confiance : celles et ceux qui accompagnent et soignent les personnes sans-domicile. Tout en assumant le décalage du regard et du langage sociologiques, j'espère que mes analyses ne dénatureront pas les propos et les pratiques auxquels j'ai eu accès. Je suis à disposition pour en discuter ou pour résumer les points – trop – longuement développés ici.

Pendant six ans, le collectif du SH1 a égayé le quotidien : merci à Adèle, Anne, Aurélien, Clément B., Clément S., Farouk, Frédérique, Julie, Klara, Léo, Leslie, Ludine, Mariame, Marion, Rabih, Thomas D., Thomas H., Sylvain V. En particulier, merci à Adrien, Aurore, Benjamin, Claire, Clément B-E., Déborah, Florian, François, Gabrielle, Jean, Jessie, Ilona, Pierre B., Pierre R., Placide, Timothée, Saïda, Sarah, Suzy et Sylvain C.

Plusieurs personnes ont corrigé des parties de cette thèse ou m'ont conseillé à différents moments de la réflexion. Pour cela, je suis profondément reconnaissant à Pierre Blavier, Anne Bory, Camille Brilloit, Thomas Chabert, Thomas Chevallier, Marie-Aude Depuiset, Fabien Éloire, Jean Finez, Aurore Loretti, Véronique Marchand, Blandine Mortain, Frédéric Poulard, Pierre Robert, Lucas Roxo, et en particulier à Vincent Schlegel, Jean-Louis Schlegel et la bestah Rebecca Brossard.

D'autres se sont montrés toujours disponibles, ou compréhensifs quant à mes indisponibilités de plus en plus fréquentes : merci à Barouk, la Blairotte, CamiK, Carlito, Chab', Fil, Fredo, Marino, Nariwoman, Peuto, Roxihno, Simon Patulacci, Sami, Tomatoons, Yaya-Touré, aux camarades de l'APU et aux coupaing-ne-s du mercredi soir, Claire, Flo, Mapül, Papy et Minh.

La famille a joué un rôle déterminant. Pour m'avoir rappelé la nécessité de prendre des pauses, « méritées », ou pas, merci à Anne-Ma, Françoise, Hervé, Juju, Nico et Olivier. Pour leur soutien indéfectible, merci à ma grand-mère, Sophie, et à ma tante, Françoise. Surtout, j'aurais du mal à dire combien je dois à ma mère, Laurence, à mon père Jean-Louis, et à mon frère, Vincent. Elle et ils le savent : merci pour vos encouragements, votre bienveillance et votre patience sans failles.

Que dire finalement à celle qui m'a soutenu, supporté et fait rire tout au long de ces années ? Sans doute trop, ou pas assez. Il faudrait que je trouve une blague, un jeu de mots, mais je n'aurais pas ta perspicacité et ça tomberait à côtéz. Remarque, c'est sûrement ça qui te ferait rire…

Kos, merci pour tout.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Normes d'écriture

Plusieurs précisions peuvent être apportées quant aux modes de rédaction et de restitution des matériaux, afin d'expliciter certains choix auxquels les lecteurs et lectrices de ce travail se trouveront *de facto* confronté-e-s. Pour l'essentiel, la thèse est écrite à la troisième personne du singulier – « on ». Ce pronom engage l'auteur, mais laisse la possibilité aux lecteurs de s'identifier et d'adhérer, ou non, aux analyses développées. La première personne du singulier est ponctuellement mobilisée afin d'expliciter certains choix de l'analyse ou pour préciser mon engagement dans une situation donnée. Le plus souvent, il s'agit de la description ou de l'analyse de situations au cours desquelles j'ai été amené à interagir avec les personnes dont les actions ou les paroles sont restituées.

Deux types d'encadrés se trouvent dans la thèse. Les premiers sont des encadrés ethnographiques, tirés des notes de terrain prises au cours de l'enquête. Les seconds proposent des focales sur des thématiques précises (questions de méthodes, de cadrage théorique, restitution de trajectoires socioprofessionnelles…). Ces deux types d'encadrés adoptent une même typographie (police inférieure à celle du corps du texte, interlignes simples). Afin de les distinguer, les encadrés ethnographiques ont une bordure plus fine que les autres. Tous ces encadrés sont numérotés en fonction du chapitre dans lequel ils se trouvent et de leur ordre de restitution. Ainsi, l'encadré 2.4 sera le quatrième encadré du deuxième chapitre. Une numérotation similaire est observée pour les annexes et pour les tableaux : l'annexe 4.3 sera la troisième annexe du quatrième chapitre ; et le tableau 6.10, le dixième tableau du sixième chapitre. Étant donné le nombre important de figures dans le texte et les usages qui en sont faits, j'ai renoncé à en proposer un index. Une liste des annexes est en revanche disponible à la page 667.

Autant que possible, j'ai cherché à éviter l'usage de guillemets visant à euphémiser mes propos. S'il est possible que quelques exceptions demeurent, les guillemets sont utilisés pour citer des travaux auxquels l'analyse fait référence, des verbatims ou des termes qui relèvent d'un jargon professionnel ou institutionnel couramment rencontré au cours de l'enquête. Les citations longues sont rédigées en police plus petite et en interligne simple : lorsqu'il s'agit des propos des personnes interrogées dans le cadre de la recherche, elles observent un léger retrait ; lorsqu'elles sont tirées de documents écrits préexistants, aucune marge n'est observée.

Une dernière précision doit être apportée quant à la féminisation de certains noms communs et adjectifs. Les usages du langage épicène et de l'écriture inclusive se trouvent pris dans des enjeux linguistiques, syntaxiques, politiques et sociologiques, en partie contradictoires. Dans ce contexte, j'ai pris le parti d'avoir recours de manière circonstanciée à la féminisation, afin de signaler les enjeux sociologiques des distinctions de genre observées au cours de l'enquête. Deux circonstances principales justifient ce recours : d'une part, l'analyse ou l'évocation de données empiriques qui mettent en scène au moins une femme ; d'autre part, la référence à des groupes professionnels caractérisés par une surreprésentation féminine – ainsi des infirmières et des assistantes sociales.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Liste des acronymes

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ABEJ : Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse
ABEJ-N : Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse – Nationale
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
AHI : Accueil hébergement insertion
ALT : Aide au logement temporaire
ALUR : Accès au logement et pour un urbanisme rénové
AME : Aide médicale d'État
AMG : Assistance médicale gratuite
ANAH : Agence nationale de l'habitat
ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
AS : Assistante sociale
ASEL : Aides socioéducatives liées au logement
AVDL : Accompagnement vers et dans le logement
BAPSA : Brigade d'assistance aux personnes sans-abri
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés aux usages de drogues
CAF : Caisse d'allocations familiales
CAFERUIS : Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
CASH : Centre d'accueil et de soins hospitaliers
CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CAVA : Centre d'adaptation à la vie active
CCAS : Centre communal d'action sociale
CCOMS : Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CDD : contrat à durée déterminée
CDDI : Contrat à durée déterminée d'insertion
CES : Certificat d'études spécialisées
CES : Contrat emploi solidarité
CHAPSA : Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri
CHRMS : Centre d'hébergement et de réinsertion à caractère médico-social
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre d'hébergement d'urgence
CHU : Centre hospitalier universitaire
CME : Commission médicale d'établissement
CMP : Centre médico-psychologique
CMU : Couverture maladie universelle
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
COPIL : Comité de pilotage
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM : Caisses régionales d'assurance maladie

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

CREDES : Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
DAHO : Droit à l'hébergement opposable
DALO : Droit au logement opposable
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale
DEFA : Diplôme d'État aux fonctions d'animation
DEIS : Diplôme d'étude et d'ingénierie sociale
DES : Diplôme d'études spécialisées
DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées
DGAS : Direction générale des affaires sociales
DIHAL : Direction interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement
DIRMI : Direction interministérielle au Revenu minimum d'insertion
DIV : Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
DU : Diplôme universitaire
EHESP : École des hautes études en santé publique
EHESS : École des hautes études en sciences sociales
EHPAD : Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EMPP : Équipe-mobile-psychiatrie-précarité
EPSM : Établissement public de santé mentale
ES : Éducateur spécialisé
ESI : Espaces solidarités-insertion
ETP : Équivalent temps plein
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FEANTSA : Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri
FEEBF : Fédération des églises évangéliques baptistes de France
FIR : Fonds d'intervention régional
FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et pour la réadaptation sociale
FSL : Fonds de solidarité pour le logement
GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHICL : Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille
GIP : Groupement d'intérêt public
HCLPD : Haut comité pour le logement des personnes défavorisées
HPST **:** Hôpital patient santé territoire
IAE : Insertion par l'activité économique
IEP : Institut d'études politiques
IFOR : *International Fellowship of Reconciliation*
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INED : Institut national d'études démographiques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des sciences économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRTS : Institut régional du travail social
JEC : Jeunesse étudiante chrétienne
JOC : Jeunesse ouvrière chrétienne
LAM : Lit d'accueil médicalisé
LHSS : Lits-halte soins-santé
MIR : Mouvement international de réconciliation
MDM : Médecins du Monde

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
ME : Moniteur-éducateur
MOLLE : Mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
MSF : Médecins Sans Frontières
MUSHI : Mission urgence sociale, hébergement et insertion
NIMBY : *Not in my backyard*
ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services
OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies
OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONPES : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
ONSMP : Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité
OQTF : Obligation de quitter le territoire français
ORSPERE : Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion
OSP : Observatoire du Samu social de Paris
PARSA : Plan d'action renforcé en direction des personnes sans-abri
PASS : Permanence d'accès aux soins et à la santé
PDHU : Plan départemental pour l'hébergement d'urgence
PDLPD : Plan départemental pour le logement des personnes défavorisées
PRAPS : Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins
PUMA : protection universelle maladie
RATP : Régie autonome des transports parisiens
RE.ME.DE : Relais Médical aux Délaissés
RMI : Revenu minimum d'insertion
RPR : Rassemblement pour la République
RSA : Revenu de solidarité active
RSP : Réseau santé-précarité
SAMENTA : Santé mentale et addiction (enquête)
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
SAMU social : Service d'aide mobile d'urgence social(e)
SDF : Sans domicile fixe
SDT : Soin à la demande d'un tiers
SHUSA : Service d'hébergement d'urgence, de stabilisation et d'attente
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SMES : Santé mentale et exclusion sociale
SNCF : Société nationale des chemins de fer de France
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSP : Samu social de Paris
TISF : Technicienne de l'intervention sociale et familiale
TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues
TS : Travailleur social
URMEL : Union régionale des médecins exerçant à titre libéral
URIOPSS : Union régionale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux
URPS-ML : Union régionale des Professions de Santé – Médecine Libérale
VAE : Validation d'acquis d'expérience
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Sommaire

REMERCIEMENTS **5**
NORMES D'ECRITURE **6**
LISTE DES ACRONYMES **7**
SOMMAIRE **11**

INTRODUCTION GENERALE **21**
I. LA SANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS-DOMICILE. DE L'OBJET AU SUJET DE RECHERCHE **28**
1. Un phénomène et une dénomination pluriels 28
2. D'une ethnographie de la rue à l'ethnographie du travail de prise en charge 30
3. La santé des pauvres : évidences, obstacles et paradoxes 34
4. Non-recours aux soins et spécialisation des dispositifs : facettes ou cœur du problème ? 38
5. Question SDF : question sociale et question médicale 42
II. LA PROFESSIONNALISATION COMME CADRE D'ANALYSE PROBLEMATIQUE **44**
1. Une sociologie des segments et des groupes professionnels 44
2. Professionnalisation et système professionnel 47
3. Diagnostics, traitements, inférence 49
4. Territoires professionnels et frontières juridictionnelles 51
5. Écologies liées et rapports entre champs 52
III. METHODES ET MATERIAUX **54**
1. La généalogie des frontières de la question SDF et de leurs mouvements 54
2. Dispositifs et système de prise en charge : une ethnographie multisituée 56
3. Ethnographier le travail, ethnographier l'action sociale 63
IV. ANNONCE DE PLAN **67**

PREMIERE PARTIE. LA FORMATION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS-DOMICILE **71**
CHAPITRE 1. UNE HISTOIRE DE FRONTIERES. GENEALOGIE DU TRAITEMENT DU VAGABONDAGE ET DE LA PROFESSIONNALISATION DU CHAMP MEDICAL. **72**
SECTION 1. DU VAGABONDAGE AU SANS-ABRISME : LA QUESTION SDF COMME ARCHETYPE DE LA QUESTION SOCIALE **73**
I. QUESTION SOCIALE ET DICHOTOMIE DU TRAITEMENT DE LA PAUVRETE **73**
1. Naissance de la question sociale 74
2. Le contrôle du vagabondage 76
3. Une menace toujours présente 79
II. L'EMERGENCE DE L'ÉTAT SOCIAL ET DU TRAVAIL SOCIAL **82**
1. Bienfaisance, assistance, répression 82

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2. La prise en charge des indigents, entre assistance et assurance 85
3. Généalogies du travail social 87
III. LA STRUCTURATION DE L'ACTION SOCIALE 91
1. Le vagabondage à la marge de l'habitat social 91
2. Inadaptation, handicap, exclusion 95
3. Action sociale et travail social 97
IV. QUESTION SDF ET SANS-ABRISME : L'AMORCE DE LA PROFESSIONNALISATION 100
1. Nouvelle pauvreté, précarité et exclusion 100
2. Les deux voies de la prise en charge : insertion et urgence sociale 101
3. Le rôle des acteurs associatifs et académiques 103
SECTION 2. DE L'HOPITAL A LA PRISE EN CHARGE EXTRAHOSPITALIERE DES PAUVRES : CHAMP MEDICAL ET MEDECINE SOCIALE 106
I. LA MEDECINE SOCIALE DANS LE CHAMP MEDICAL 106
1. Biopolitique et médecine sociale : la santé comme objet politique 107
2. Médecine sociale et champ médical 109
3. L'hôpital entre médecine clinique et médecine sociale 112
4. La professionnalisation de la médecine générale et de l'infirmerie 115
II. NAISSANCE ET DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE 120
1. Médecine mentale, médecine spéciale, médecine sociale 120
2. De l'asile au secteur, la professionnalisation de la psychiatrie 123
3. Errance et folie : la pathologisation du vagabondage au tournant du XXe siècle. 126
III. LA NOUVELLE MEDECINE SOCIALE : ENTRE MILIEU HOSPITALIER, MEDECINE HUMANITAIRE ET MEDECINE ASSOCIATIVE 128
1. L'hôpital après 1945 : professionnaliser, techniciser et rationaliser le soin 129
2. L'*aggiornamento* de la psychiatrie 131
3. Vers un champ médico-social ? 134
CONCLUSION 136

CHAPITRE 2. LA MEDICALISATION DE LA QUESTION SDF. VERS UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE 138
SECTION 1. L'ACCES AUX SOINS DES PAUVRES ET DES EXCLUS DANS LES ANNEES 1980 140
I. EXCLUSION DES SOINS ET RAISON HUMANITAIRE 141
1. Le cadrage humanitaire de la question médicale 141
2. Le traitement (a)politique de la question médicale 144
II. LE SOIN DES PAUVRES, ENTRE MEDECINE SOCIALE ET MEDECINE HUMANITAIRE 149
1. Un secteur concurrentiel 149
2. Des approches distinctes et distinctives 154
SECTION 2. SOCIOGENESE DE LA MEDICALISATION DES SANS-DOMICILE. UNE ANALYSE DES TRAJECTOIRES DES MEDECINS DE NANTERRE 160
I. SOCIOLOGIE D'UN PIONNIER ET DE SON ACTION. PATRICK HENRY ET LA CREATION DE LA CONSULTATION MEDICALE DU CHAPSA DE NANTERRE 161
1. L'installation de Patrick Henry à l'hôpital de Nanterre 162

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. La *petite histoire* de la création de la consultation 166
3. Une médicalisation sans en avoir l'air 169
II. LA RELEVE : XAVIER EMMANUELLI ET JACQUES HASSIN 174
1. Xavier Emmanuelli, un *French doctor* à Nanterre 175
2. Jacques Hassin : bifurcation biographique et reclassement professionnel 179
SECTION 3 : VERS UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE. LA JURIDICTION DU SANS-ABRISME ENTRE MEDECINE CLINIQUE ET MEDECINE SOCIALE 185
I. LEGITIMER LA MEDECINE DES PAUVRES 185
1. Médecins des pauvres, pauvres médecins et « clodologues » 186
2. Les analyses cliniques de la désocialisation, source de légitimation professionnelle et publique 191
3. Des trajectoires qui oscillent entre champ étatique et champ médico-social 196
II. QUESTION SOCIALE ET QUESTION PSY : « FAUSSES EVIDENCES » ET VRAIS DEBATS 202
1. Tous fous ? Les débats autour de la prévalence des troubles psychiatriques au sein de la population sans-domicile 203
2. Le dévoilement de la souffrance psychique 210
III. LA LEGITIMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE MENTALE DANS LA JURIDICTION DU SANS-ABRISME 214
1. Les promoteurs de la « clinique psychosociale » 215
2. Les promoteurs d'une « psychiatrie citoyenne » 218
CONCLUSION 223

DEUXIEME PARTIE. VISION ET DIVISION DU TRAVAIL DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS-DOMICILE 225
CHAPITRE 3. ACCUEILLIR ET SOIGNER. LA PROFESSIONNALISATION DE L'ABEJ ET DE SES DISPOSITIFS 227
SECTION 1. DE LA COMMUNAUTE DE VIE BAPTISTE A L'ABEJ-SOLIDARITE (1975 – FIN DES ANNEES 1980) 228
I. DE L'EVANGELISATION A L'ACTION SOCIALE, UNE CONVERSION DISPOSITIONNELLE 228
1. L'action sociale baptiste en France 229
2. Aux origines de l'Abej : vie communautaire et aspirations au service social 231
3. De l'engagement religieux à l'engagement militant et professionnel 235
II. LES DEBUTS DE L'INSTITUTIONNALISATION DE L'ABEJ 237
1. Un recrutement en quantité et de qualité : réseaux de sociabilité et dispositions professionnelles 238
2. Le temps de la reconnaissance (fin des années 1980) 241
SECTION 2. DE L'ASSOCIATION LOCALE A LA TETE DE RESEAU : DEVELOPPEMENT, DIVERSIFICATION ET PROFESSIONNALISATION DE L'ABEJ 247
I. L'AMORCE DE LA PROFESSIONNALISATION : SALARISATION ET RECOMPOSITION IDENTITAIRE 248
1. L'inscription en dur et les débuts de la segmentation de la prise en charge 248
2. Les débuts de la salarisation 254
3. L'Abej et les ambiguïtés de l'identité 258

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

II. GRANDIR OU MOURIR : L'AFFIRMATION DE L'ABEJ COMME ACTEUR DE REFERENCE DE L'ACTION MEDICO-SOCIALE 263

1. La diversification et la sanitarisation des dispositifs 263
2. Une association comme les autres ? 268

SECTION 3. L'ACCUEIL DE JOUR ET LE CENTRE DE SANTE. LA PROFESSIONNALISATION AU PRISME DE L'INCONDITIONNALITE 272

I. LE 228, UNE « PORTE OUVERTE SUR LA RUE » ? 272

1. L'organisation spatiotemporelle du « 228 » 273
2. Les usagers du 228 277

II. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL INCONDITIONNEL ET SES TENSIONS A L'ACCUEIL DE JOUR 283

1. Le rez-de-chaussée, entre saturation et inertie 284
2. Le travail social à l'accueil et ses mutations 288

III. DU TRAVAIL SOCIAL AU TRAVAIL DE SOIN : LA LIAISON ENTRE L'ACCUEIL DE JOUR ET LE CENTRE DE SANTE 295

1. Les trajectoires des professionnels du centre de santé 296
2. Les mutations du travail de soin : spécialisation informelle et reconfigurations des pratiques 299
3. Le travail en équipe et la liaison entre social et médical 302

CONCLUSION 306

CHAPITRE 4. HEBERGER ET REINSERER. TRAVAIL EDUCATIF, SOCIALISATION A L'AUTONOMIE ET ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL 307

SECTION 1. HEBERGER, ACCOMPAGNER, RELOGER. LE TRAVAIL EDUCATIF DANS LE SECTEUR DE L'EXCLUSION 309

I. LA POLITIQUE D'HEBERGEMENT DANS LE DERNIER QUART DU XXE SIECLE 309

1. La consolidation du secteur de l'hébergement (1970-1980) 310
2. La question SDF dans la politique d'habitat social (1980-2000) 313

II. HEBERGER OU RELOGER ? D'UN PARADIGME A L'AUTRE 314

1. La délicate stabilisation de la politique de l'hébergement 315
2. Vers un nouveau paradigme ? 318

SECTION 2. L'HEBERGEMENT AU QUOTIDIEN : LE « *CHEZ-SOI* » ENTRE INSERTION ET CONTROLE SOCIAL 322

I. L'ORGANISATION SPATIO-TEMPORELLE DES CHRS, ENTRE ESPACES COMMUNS ET PRIVATIFS 323

1. Le rez-de-chaussée : espaces de travail, espaces de convivialité 323
2. Les chambres : être « *chez soi* » ou « *chez les autres* » 327
3. L'organisation temporelle des CHRS : la fin de la discipline ? 331

II. LE TRAVAIL EDUCATIF EN CHRS : UNE SOCIALISATION DIFFERENTIELLE A L'AUTONOMIE 334

1. Le travail éducatif entre gestion du collectif et accompagnement individualisé 335
2. Travail de papier et travail relationnel 341

III. ÉDUQUER EN CONTROLANT ? LES AMBIGÜITES DU TRAVAIL EDUCATIF EN CHRS 345

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. De la stabilisation à l'insertion… et inversement 346
2. La gestion des comportements déviants et le travail partenarial 350
3. Une délicate harmonisation des pratiques 355

SECTION 3. SOIGNER EN REINSERANT. LES DISPOSITIFS DE SOIN DANS L'HEBERGEMENT 360

I. LES LHSS : TRAVAIL SOCIAL ET TRAVAIL MEDICAL DE CONCERT 361

1. Les deux piliers des LHSS 361
2. La porosité des frontières disciplinaires et professionnelles 365
3. La régulation et l'accès aux LHSS : critères médicaux, sociaux… et gestionnaires .. 368

II. LES PERMANENCES MEDICALES ET LEUR ROLE DANS L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DES HEBERGES 372

1. Les permanences médicales et leur public : du recours autonome au repérage professionnel 373
2. Une permanence qui finit mal : la mort de Jacky O 378

CONCLUSION 381

CHAPITRE 5. ÉCOUTER, VEILLER, « ALLER VERS ». TRAVAIL SOCIAL ET RAISON HUMANITAIRE 383

SECTION 1. L'ECOUTE AU 115, ENTRE TRAITEMENT COMPASSIONNEL ET GESTION BUREAUCRATIQUE DE LA PAUVRETE 386

I. LES MISSIONS ET L'ORGANISATION DU 115 386

1. Qui a recours au 115 ? 387
2. L'organisation du travail au 115 391

II. ÉCOUTER, ENREGISTRER, DISTRIBUER : LE 115 ENTRE COMPASSION ET RATIONALISATION 394

1. Le dispositif technique du support de travail : la centralité du logiciel 395
2. La distribution des places d'urgence : « loterie » ou sélection discrétionnaire ? 397

III. À DISTANCE ET EN (PREMIERE) LIGNE 402

1. Mise à distance : production de déférence et norme interactionnelle 402
2. En (première) ligne : les écarts à la norme conversationnelle et leur gestion 404

SECTION 2. L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE MARAUDE : RHETORIQUES PROFESSIONNELLES ET STRATEGIES DE LEGITIMATION 410

I. DU TRAVAIL HUMANITAIRE AU TRAVAIL SOCIAL : DIVISION DES TACHES ET ORGANISATION DES MARAUDES DANS LA METROPOLE LILLOISE 410

1. Maraude, travail de rue et travail humanitaire 411
2. Maraudes salariées et bénévoles… professionnelles et amateures 416
3. Le sale boulot et le vrai boulot de la maraude 420

II. LES MARAUDES SALARIEES ET LA LEGITIMATION D'UNE POSITION INTERMEDIAIRE 423

1. Les origines de la *maraude générale* 424
2. La professionnalisation de la maraude générale 427
3. La maraude *Transport*, entre veille sociale et contrôle social 429

SECTION 3. DU *CARE* AU *CURE* ? VEILLE SOCIALE ET VEILLE SANITAIRE 432

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

I. LE TRAVAIL DE MARAUDE AU SAMU SOCIAL : DIVERSITE DES PRATIQUES ET COMMUNAUTE DU TRAVAIL 432
1. La réflexion sur le *care* : légitimer une pratique floue 433
2. L'extension du domaine du *care* dans le travail de maraude 436
II. LA VEILLE SANITAIRE ET SES PROFESSIONNELS 441
1. La division du travail infirmier dans les maraudes 442
2. La maraude psychiatrique, dispositif-frontière 445
III. PRODUIRE LE CONTINUUM ENTRE *CARE* ET *CURE* : LA COORDINATION DES MARAUDES SOCIALES ET SANITAIRES 450
1. « Bobologie » et compétences relationnelles 450
2. Coordination des maraudes et passages de relais 453
CONCLUSION 458

TROISIEME PARTIE. LA QUESTION SDF ENTRE PROBLEME SOCIAL ET QUESTION MEDICALE. LES FRONTIERES D'UNE JURIDICTION PARTAGEE 459
CHAPITRE 6. PAUVRES, DEVIANTS, MALADES. LES CATEGORISATIONS PROFESSIONNELLES DANS L'ACCES A L'HEBERGEMENT 462
SECTION 1. GENESE ET MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF DE REGULATION : LES VISEES DU SIAO ET SES EFFETS 464
I. LA GENESE INSTITUTIONNELLE DES SERVICES INTEGRES D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION 465
1. Un dispositif à l'interface de l'hébergement et du logement 465
2. La mise en œuvre locale du SIAO : un porteur évident 469
II. LE SIAO, NOUVEAU SEGMENT PROFESSIONNEL DU SECTEUR DE L'EXCLUSION ? 473
1. Travail et division du travail au sein d'un SIAO 474
2. Les SIAO, garants de l'inconditionnalité de l'accueil 476
3. Un segment entre l'État et le travail social ? 478
SECTION 2. LES CONFLITS AUTOUR DE LA REGULATION. DIAGNOSTICS ET INFERENCE DANS LA DISTRIBUTION DES PLACES D'HEBERGEMENT 481
I. LA MISE EN ORDRE DE L'ACCES A L'HEBERGEMENT : GERER DES INJONCTIONS CONTRADICTOIRES 481
1. Les cantonnements de l'inconditionnalité 482
2. Les files d'attente, ou l'ordre du mérite 483
II. LA REGULATION COMME DYNAMIQUE PROFESSIONNELLE CONFLICTUELLE 486
1. Un conflit localisé entre CHRS et SIAO 486
2. Les commissions d'attribution des places d'hébergement et le travail d'inférence 488
3. Comment les refus d'accueillir sont-ils (encore) possibles ? 493
III. SEPARER LE BON GRAIN DE L'IVRAIE 495
1. Redéfinir les problématiques à (ne pas) traiter 496
2. Pauvre ou malade ? La pluridisciplinarité à l'œuvre 501
SECTION 3. VULNERABILITES ET SITUATIONS PREOCCUPANTES : CATEGORISATIONS PROFESSIONNELLES ET VISEES ETATIQUES 507

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

I. LA DOUBLE TENSION A L'ŒUVRE DANS LES USAGES DES FICHES DE SIGNALEMENT 507
1. Les fiches de signalement, entre outil professionnel et supervision étatique 508
2. Des préoccupations sociales ou médicales ? 510
II. LES EFFETS DES FICHES DE SIGNALEMENT SUR L'ACCES A L'HEBERGEMENT 513
1. Matériaux et démarche de l'analyse 514
2. Les situations préoccupantes selon les professionnels de la veille sociale 516
3. Les situations préoccupantes selon l'État 520
CONCLUSION 527

CHAPITRE 7. LES FORMES DE LA SOCIALISATION PROFESSIONNELLE : LA FORMATION D'UNE CULTURE PROFESSIONNELLE COMMUNE ET SES ENJEUX 529
SECTION 1. LES ECHANGES PROFESSIONNELS EN INTERNE : ORGANISER, FORMALISER ET DIVISER LE TRAVAIL DE PRISE EN CHARGE 531
I. LES ECHANGES PROFESSIONNELS INFORMELS : RAPPORTS SOCIAUX ET SOCIABILITES . 532
1. Les usages des conventions 532
2. Les échanges informels, entre contenus professionnels et extra-professionnels 536
II. LES ECHANGES FORMELS : TEMPS DE CONCERTATION, D'ORGANISATION ET DE DECISION 541
1. Les questions organisationnelles : produire le cadre du travail 541
2. Les situations « problématiques » et le travail d'inférence collective 544
3. Les questions disciplinaires : les prérogatives hiérarchiques du maintien de l'ordre . 547
SECTION 2. LES EFFETS DU TRAVAIL EN RESEAU : SOCIALISATION DES RESSOURCES, SOCIALISATION DES PROFESSIONNELS 553
I. RESEAUX ET PARTENARIATS PLURIDISCIPLINAIRES DANS LA PRISE EN CHARGE DES SANS-DOMICILE 553
1. Des partenariats aux réseaux 554
2. Sociogenèse d'un réseau de santé « précarité » 557
II. TRAVAIL DU RESEAU, TRAVAIL EN RESEAU : SOIGNER ET FAIRE SOIGNER 561
1. Le travail du réseau : la coordination socioadministrative 562
2. Le travail en réseau : coordonner la prise en charge 567
3. Le travail en réseau face aux contraintes structurelles 571
SECTION 3. VERS UNE CULTURE PROFESSIONNELLE COMMUNE ? DEPASSEMENTS ET PERMANENCES DES FRONTIERES PROFESSIONNELLES 575
I. UNE DOUBLE SOCIALISATION *DU* ET *AU* TRAVAIL DE PRISE EN CHARGE 575
1. Mettre en commun, informer : la socialisation des ressources professionnelles 576
2. Transmettre et former : la socialisation des professionnels de la prise en charge 580
II. DES FRONTIERES PROFESSIONNELLES EN MOUVEMENT 585
1. Profanes et experts ? Les travailleurs sociaux face aux catégories médicales 586
2. Identités professionnelles déclinées, assignées, revendiquées 590
3. Un secret plus ou moins partagé : la permanence des frontières professionnelles et statutaires 594

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

CONCLUSION **598**

CONCLUSION GENERALE **601**

FRONTIERES PROFESSIONNELLES, DISCIPLINAIRES, INSTITUTIONNELLES. LA PRISE EN CHARGE DES SANS-DOMICILE COMME JURIDICTION PARTAGEE **601**

I. RESULTATS **601**

II. LA PROFESSIONNALISATION A L'ECHELLE DES TRAJECTOIRES **606**

1. Les travailleurs sociaux : un effet générationnel marqué 606
2. Les professionnels paramédicaux : rejet du tout médical et travail d'intermédiation 608
3. Médecins et psychiatres : des socialisations et des pratiques spécifiques 609

III. PISTES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE **611**

1. Analyser l'espace des pratiques professionnelles et leur réception 611
2. Travail social, travail du soin et question(s) sociale(s) 613

BIBLIOGRAPHIE **617**

ANNEXES **667**

RESUME **730**

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Introduction générale

> Qu'est-ce qui a pu se passer pour qu'un garçon comme lui se retrouve dans une situation si dramatique ? Tout le monde se dit, en voyant un sans-domicile fixe, ça pourrait être moi, ça pourrait être mon fils, mais Sophie réalise qu'on n'y croit jamais tout à fait. On se dit, quand même, qu'il y a *quelque chose, un problème mental, une explication*. Elle est pourtant bien placée, merde, pour savoir ce que c'est la loterie. Elle est restée experte en examen de la pupille, *le garçon n'a pas de problème avec la drogue*.
>
> Virginie Despentes, *Vernon Subutex, Tome 1*. Paris, Grasset, 2015, p. 316.

Comment devient-on « *sans-domicile fixe* » ? Telle est, en substance, la question que se pose Sophie lorsqu'elle croise Vernon, qui était l'ami de son fils quinze ans plus tôt. À l'époque bien sous tous rapports, il est désormais à la rue. La surprise de Sophie l'incite à chercher un sens à cette situation qui ne semble pas en avoir : il faut bien qu'il y ait « *quelque chose […], une explication* ». Elle ne sait pas que Vernon a connu un lent processus de précarisation : disquaire pendant des années, il a dû liquider son commerce face à l'essor de l'industrie musicale numérique, puis n'a plus été en mesure de payer son loyer. Un ami fortuné l'a soutenu financièrement pendant un temps, mais il est mort subitement et Vernon a finalement été expulsé de son logement. Cachant sa situation et prétendant chercher un point de chute à son retour du Canada, diverses connaissances l'ont hébergé. Cela n'a pas duré, il s'est retrouvé à la rue. Mais Sophie ignore tout de ce processus. Elle suspecte plutôt « *un problème mental* » ou « *avec la drogue* ». Ces solutions sont séduisantes, elles font sens. Après tout, qui n'y aurait pas pensé ?

Images d'Épinal ou hypothèses légitimes, le raisonnement de Sophie exprime bien l'existence diffuse d'un doute, d'une préoccupation voire d'une suspicion sur l'état de santé des personnes sans-domicile. Cette préoccupation dépasse la fiction. Elle joue un rôle central dans les dynamiques professionnelles et institutionnelles qui structurent la prise en charge des personnes sans-domicile en France : telle est l'hypothèse principale que l'on propose d'étayer, de nuancer et de dépasser dans cette thèse, consacrée à la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile.

***

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

La préoccupation autour de la santé des sans-domicile n'est pas nouvelle, mais elle a connu une réactualisation récente qui justifie que l'on s'y intéresse. À la fin des années 2000, trois rapports consacrés à la santé des personnes sans-domicile sont publiés. Le premier porte sur la santé mentale (Orain et Chambaud 2008), le second sur la santé mentale et les addictions (Laporte et Chauvin 2010), le troisième sur la santé dans son ensemble (Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010). Liés entre eux mais rédigés dans des perspectives différentes, ces rapports convergent vers une préoccupation marquée autour des problèmes de santé des personnes sans-domicile, des manières de les appréhender et de les formuler et des modalités de leur prise en charge. Ils appellent à documenter davantage cette question, à proposer des mesures pour y répondre, enfin à mieux former et informer professionnels et acteurs institutionnels sur ces questions. Ces trois rapports s'inscrivent dans la continuité de la mobilisation des Enfants du Canal qui s'est déroulée entre décembre 2005 et décembre 2006 et qui a remis sur le devant de la scène publique la « question SDF » telle qu'elle avait déjà été formulée dans les années 1980, soit comme une préoccupation autour de la capacité de la société française à prendre en charge la hausse visible et durable du nombre de personnes privées de logement (Damon 2002a).

Fortement médiatisée, cette mobilisation a reposé sur l'installation d'environ 300 tentes sur la place de la Bastille, distribuées par Médecins du Monde en décembre 2005 (Cefaï et Gardella 2011, conclusion ; Bruneteaux 2013). Alors que les semaines et les mois passent, les tentes demeurent. À l'été 2006, Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la solidarité, charge Agnès de Fleurieu, directrice de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), et Laurent Chambaud, médecin de santé publique et membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), aujourd'hui directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de trouver une solution à un phénomène qui se mue en trouble à l'ordre public (de Fleurieu et Chambaud 2006)[1]. Dans ce court rapport, les auteurs soulignent la nécessité de faciliter l'accès au logement social et de réorganiser le secteur de l'hébergement, notamment en allongeant les durées d'accueil de l'hébergement d'urgence jusqu'alors limitées à quelques jours (Gardella 2014a). Si la mission porte sur les tentes et sur leurs liens avec l'hébergement et le logement, les auteurs soulignent que « *le point particulier de la pathologie psychiatrique et de la souffrance mentale des personnes en grande exclusion est revenu constamment dans nos entretiens* » (p. 18). Associé à des recommandations, ce

[1] Selon les auteurs du rapport, si « *l'initiative de l'Association Médecins du Monde de distribuer en hiver, à Paris, des tentes aux personnes sans-abri n'a pas suscité de fortes réactions collectives pendant la période hivernale* », *en revanche, « plus visibles en été, les tentes ont alors été l'objet de vifs débats suscitant l'irritation de certains riverains, l'incompréhension des touristes et l'inquiétude des autorités sanitaires sur les risques spécifiques qui pourraient être accentués en période de canicule* » (de Fleurieu et Chambaud, 2006, p. 8). La dimension saisonnière des représentations liées aux personnes sans-domicile a déjà été soulignée, montrant une attitude plus compassionnelle lors des mois d'hiver et un fort désintérêt en été (Damon 2004). Par ailleurs, les troubles à l'ordre public occasionnés par les personnes sans-domicile sont un motif classique d'intervention des pouvoirs publics. Voir par exemple Soutrenon 2001, Gardella et Le Méner 2005.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

constat amorce la série de rapports précédemment évoqués et portant cette fois spécifiquement sur la santé des personnes sans-domicile.

Le premier d'entre eux est rédigé par Hélène Orain, stagiaire de l'École Nationale de l'Administration (ENA) à la Préfecture de Paris, avec la collaboration de Laurent Chambaud. Dans le cadrage de leur mission, les auteurs du rapport en précisent l'origine :

> À partir de l'été 2006, au cours duquel une mission conduite par Agnès de Fleurieu (ONPES) et Laurent Chambaud (IGAS) sur l'occupation de l'espace public par des tentes, et surtout à partir de l'hiver 2007, marqué par le campement du Canal Saint-Martin, les limites du dispositif actuel de prise en charge des sans-abri les plus désocialisés sont clairement apparues. Ces limites concernent en particulier les personnes qui, atteintes de troubles psychiatriques, d'addictions ou qui présentent des troubles somatiques divers, mettent en échec les dispositifs existants et, de ce fait, demeurent à la rue. Sortir ces personnes de la rue, leur offrir des conditions de vie digne, leur permettre de se réinsérer, reste pourtant un objectif fondamental. […] Face à ces difficultés, le préfet, secrétaire général de la préfecture de Paris a souhaité que soit conduit un travail de réflexion concernant spécifiquement ces publics, devant déboucher sur un ensemble de propositions pour améliorer la prise en charge.
>
> Hélène Orain, avec la collaboration de Laurent Chambaud, *L'identification et la prise en charge à Paris des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement.* Rapport remis à la Préfecture de Paris, février 2008, p. 5.

L'extrait souligne les difficultés de prise en charge des personnes sans-domicile « *atteintes de troubles psychiatriques, d'addictions ou qui présentent des troubles somatiques divers* ». La superposition de problématiques relevant de différents secteurs et modalités de prise en charge et la difficulté à dénouer les facettes étroitement intriquées du problème conduisent à la « *mise en échec* » des dispositifs existants. Ce diagnostic est affiné au long du rapport. Trois constats ressortent : l'absence de « *culture commune* » aux acteurs investis dans la prise en charge ; une « *connaissance insuffisante* » à la fois des publics et de leurs problèmes ; enfin, le manque de coordination des structures existantes, pourtant nombreuses à Paris et en Ile-de-France. Plusieurs mesures sont proposées face à ce constat, parmi lesquelles la nécessité de mieux organiser la prise en charge en mutualisant les connaissances propres à chaque secteur et en développant des procédures et des pratiques communes. Surtout et préalablement, les auteurs soulignent la nécessité d'enquêter afin de mieux connaitre l'état de santé mentale des sans-domicile franciliens.

C'est dans cette optique qu'est rédigé le second rapport, à la demande de la Préfecture et la Mairie de Paris. Celui-ci présente les résultats d'une enquête portant spécifiquement sur la santé mentale et les addictions des personnes sans-domicile en Ile-de-France (Laporte et Chauvin 2010a). Commandée dès la fin de l'année 2007, elle est déléguée aux équipes de l'Observatoire du Samu social de Paris (OSP) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Le rapport, publié en janvier 2010, précise :

> Ce travail a comme premier objectif, de santé publique, l'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions [parmi les personnes sans-domicile]. Il s'inscrit dans un contexte politique

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

et scientifique qui a mis depuis plusieurs années la santé mentale des plus précaires sur son agenda, tout en constatant l'absence de données réactualisées sur ces questions.

Cette étude, proposée par la Préfecture de Paris et la Mairie de Paris, financée grâce aux contributions de multiples partenaires, traduit une préoccupation croissante concernant les relations entre exclusion sociale et santé mentale. Celle-ci renvoie notamment aux difficultés de la prise en charge des personnes atteintes (ou supposées atteintes) de problèmes « psy », des difficultés exprimées de longue date par les intervenants sanitaires et sociaux et rendues plus visibles par l'épisode des tentes installées dans l'espace public durant l'hiver 2005-2006 […].

La mise en échec des institutions, la désocialisation et la maladie mentale s'expliqueraient et se renforceraient les uns (sic) les autres. Pour garantir plus d'efficacité à ces dispositifs et enrayer les dynamiques d'exclusion, il conviendrait de mieux agir auprès des personnes sans logement personnel atteintes de troubles mentaux, de troubles du comportement et d'addictions. Encore doit-on mieux connaitre la fréquence de ces maux et les caractéristiques de ceux qu'ils affectent : tel a été l'objet de la mission confiée par la Préfecture de Paris.

> Anne Laporte, Pierre Chauvin (dir.), Samenta. *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Janvier 2010, p. 23.

Le rapport est dirigé par Anne Laporte et Pierre Chauvin, tous deux médecins épidémiologistes à l'OSP et à l'INSERM, et rédigé par une équipe pluriprofessionnelle (une épidémiologiste, une médecin épidémiologiste, un statisticien, un sociologue[2]). Si les auteurs proposent diverses recommandations, l'enquête a pour objectif premier de produire, ou plus précisément de réactualiser des connaissances « *disponibles* » mais néanmoins « *insuffisantes* » (p. 24) sur les troubles psychiques, psychiatriques et addictifs des personnes sans-domicile.

Une telle enquête n'est donc pas inédite. Elle se distingue pourtant par un dispositif méthodologique complexe et ambitieux visant à garantir la robustesse de ses résultats. Portant sur un échantillon de 840 personnes ayant recours aux dispositifs d'accueil et d'hébergement, l'étude conclut à une prévalence de 31,5 % des troubles psychiatriques sévères – qui regroupent les troubles psychotiques (tels que la schizophrénie ou les troubles délirants), les troubles anxieux et les troubles sévères de l'humeur (épisodes maniaques, hypomaniaques, dépressifs sévères…) ; de 21,1 % des troubles de la personnalité – qui comprennent des troubles tels que celui de personnalité dyssociale, dépendante ou émotionnellement labile ; de 15,8 % des troubles non sévères de l'humeur – le plus souvent des épisodes dépressifs légers ou moyens ; et de 12,9 % des risques suicidaires parmi cette population – les auteurs précisent néanmoins que 21,8 % des personnes sans-logement déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Par rapport à la population générale, les taux de prévalence sont plus élevés en ce qui concerne les troubles de la personnalité, les risques suicidaires et les troubles addictifs, et plus particulièrement les troubles psychotiques sévères (8 à 10 fois plus élevés qu'en population générale). L'écart est sensiblement moins marqué pour les troubles dépressifs sévères, et presque inexistant concernant les troubles anxieux. Comme s'ils les anticipaient, les auteurs

[2] Il s'agit respectivement de Caroline Douay, Valérie Le Masson, Marc-Antoine Détrez et Erwan Le Méner. Tous sont rattachés à l'OSP en dehors de Valérie Le Masson, qui travaille à l'hôpital Sainte-Anne.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

mettent en garde contre les risques de surinterprétation ou d'extrapolation de ces résultats. Ils annoncent ainsi prudemment dans le résumé des résultats de l'enquête :

> Du point de vue de la santé mentale et des addictions, les personnes sans-logement personnel demeurent donc toujours particulièrement touchées. Cependant, la maladie mentale n'affecte pas toute la population sans logement personnel, encore moins dans ses formes les plus sévères ; il en est de même au sujet des addictions. La population « sans chez soi » ne se résume donc pas, loin s'en faut, à la figure du « malade mental » ou de « l'alcoolique ».
>
> Anne Laporte, Pierre Chauvin (dir.), *Rapport sur la santé mentale…*, p. 14.

Cette dernière phrase est en soi éloquente, les auteurs témoignant de l'existence de représentations diffuses autour des personnes sans-domicile, dont ils cherchent à se démarquer. Ils appellent ainsi à affiner les résultats à travers le déploiement d'études qualitatives, notamment afin d'étudier l'inégale répartition des différents troubles dont la prévalence a été soulignée grâce à l'enquête.

Le troisième rapport, publié quant à lui dès novembre 2009, est commandé par Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la Santé et des Sports, au docteur Vincent Girard, psychiatre à Marseille, identifié pour les « *actions originales et respectueuses de la dignité des personnes pour les amener à accepter une prise en charge* » qu'il a contribué à mettre en œuvre (annexe II du rapport, p. 196). Lui sont associés Pascale Estecahandy, médecin généraliste coordinatrice d'un réseau d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, et une nouvelle fois Pierre Chauvin. En introduction, les auteurs réalisent un constat similaire à celui de l'enquête Samenta quant à l'existence de données et d'enquêtes qualifiées de « *parcellaires* » (p. 2) sur la santé des personnes sans-domicile :

> L'augmentation des personnes vivant dans la rue avec des troubles mentaux, d'abord mise en évidence aux États-Unis dans les années 1980, est aujourd'hui bien documentée dans diverses grandes villes européennes. La réforme de la psychiatrie a souvent été mal faite. La fermeture des asiles ne s'est pas accompagnée, comme cela était prévu, par une mise en place de programmes de santé communautaire permettant une intégration dans la cité des personnes malades. L'exclusion sociale s'est maintenue, se déplaçant de l'asile à la ville, de l'enfermement dans les murs, à « l'enfermement dans la rue ».
>
> En ce qui concerne la morbidité somatique, nous ne disposons que de peu d'enquêtes épidémiologiques françaises. On sait toutefois que la plupart des maladies sont retrouvées dans cette population avec une fréquence et une gravité accrues par rapport à la population générale. Il s'agit notamment des affections dentaires, respiratoires, infectieuses, dermatologiques ou encore traumatiques. En plus de constituer une exposition plus importante à des risques de santé, la vie dans la rue aggrave particulièrement les maladies chroniques qui deviennent alors plus complexes à prendre en charge. Il en va ainsi, pour ne citer que quelques exemples, du diabète, de l'hypertension artérielle, des infections au VIH, aux virus des hépatites, ou encore des cancers.
>
> Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin. *La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen.* Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports. Novembre 2009.

Le ton est plus direct. Les auteurs postulent d'emblée « l'augmentation des personnes vivant dans la rue avec des troubles mentaux », résultat quasi mécanique de « la réforme de la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

psychiatrie [qui] a souvent été mal faite ». Le constat est moins assuré à propos de la santé somatique des sans-domicile, mais énonce tout de même que « la plupart des maladies sont retrouvées dans cette population avec une fréquence et une gravité accrues par rapport à la population générale ». Contrairement au précédent, ce rapport a une visée opératoire : en s'appuyant sur l'état des connaissances existantes, les auteurs sont chargés d'identifier des freins au recours ou à l'accès aux soins et de formuler des propositions pour faire évoluer les dispositifs existants, des solutions nouvelles et des modalités d'évaluation. À titre d'exemple, le programme « Un chez soi d'abord » est issu de ce rapport : inspiré d'expériences anglo-saxonnes (Tsemberis, Gulcur, et Nakae 2004 ; Pleace 2013) et mis en œuvre sous forme d'expérimentation, il donne directement accès au logement à des sans-domicile atteints de troubles psychiques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires) et mesure les effets sociaux et sanitaires de la vie en logement par rapport à la vie en rue (Rhenter 2013).

Dans ces différents rapports, le constat est donc unanime : pour des raisons multiples touchant à la fois à leurs niveaux et à leurs modes de vie, à leur état de santé, à leur situation administrative ou à leurs rapports aux institutions, les personnes sans-domicile sont particulièrement exposées aux risques sanitaires ou, pour reprendre une terminologie qui s'est développée ces dernières années, vulnérables (Bresson, Geronimi, et Pottier 2013; Brodiez-Dolino et al. 2014; Brodiez-Dolino 2016). Il faut pourtant analyser ces résultats en lien avec l'épisode des tentes qui, comme on l'a souligné, est à l'origine des rapports qui ont mené à ce constat. En effet, le rapport de Fleurieu et Chambaud n'a pas d'effets immédiats sur la mobilisation, qui se prolonge et connait un second souffle : au mois de décembre 2006, les membres de l'association des Enfants de Don Quichotte, créée en octobre, reproduisent une opération de distribution de tentes, installées cette fois le long du Canal Saint-Martin. Jouant de la personnalité charismatique de son leader Augustin Legrand (Weill 2017), l'opération connait un large succès médiatique. La Charte des Enfants du Canal est rédigée, qui liste les revendications des acteurs mobilisés. Face à l'ampleur du phénomène, le Plan d'action renforcé en direction des personnes sans-abri (PARSA) est mis en œuvre dès janvier 2007, reprenant en grande partie ces revendications. Sur le plan de l'hébergement, ce sont les principes de l'urgence sociale, caractérisée par un fort turn-over des hébergés et des temporalités courtes et rythmées de mise à l'abri, sans mesures d'accompagnement ou presque, qui sont remplacés par ce qu'Édouard Gardella a nommé une « chronopolitique stabilisatrice » dont l'objectif est de privilégier des accompagnements de longue durée (Gardella 2014a) ; sur le plan du logement, outre la promesse de facilitation des sorties de l'hébergement vers le logement et d'élargissement du parc « très social » (Ballain et Maurel 2002), c'est l'emblématique Droit au logement opposable (DALO) qui, ayant auparavant fait l'objet d'un travail d'influence important de la part de hauts-fonctionnaires et dirigeants associatifs (Houard 2012a, 2012b ; Weill 2017), a été voté et a retenu l'essentiel de l'attention publique.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Avec du recul et au regard des rapports précédemment cités, l'un des traits remarquables du PARSA comme de la charte des Enfants du Canal est l'absence totale de mesures ou de revendications liées, même indirectement, à la prise en charge médicale ou médico-sociale des personnes sans-domicile. Une telle absence pourrait suggérer que la santé reste finalement une préoccupation mineure de la prise en charge. Des travaux ont souligné la faible priorité du soin pour des personnes devant chaque jour trouver de quoi se nourrir et où dormir (Gardella, Laporte, et Le Méner 2008 ; Benoist 2008b, 2010 ; Coulomb 2016). L'analyse de la situation suggère néanmoins un constat plus nuancé. Pour reprendre Goffman (1974), tout est question de cadrage du problème, et corrélativement de ses cadreurs, ou de ses propriétaires (Gusfield 1981, 1989). Si la charte des Enfants du Canal traduit bien des inquiétudes du secteur, elle n'en retient en réalité qu'une partie, liée à la dimension la plus visible et la plus immédiate du problème, à savoir le déficit de solutions d'habitat social (hébergement et logement) et de mesures d'accompagnement associées. Les travaux ayant étudié la mobilisation in situ ou a posteriori rapportent en effet que l'action des Enfants du Canal suscite initialement une réaction mitigée : la participation de grandes associations au mouvement coïncide en fait avec son succès massif dans l'opinion. Le Samu social s'en démarque et son fondateur Xavier Emmanuelli attaque directement la mobilisation en réponse aux critiques du système d'urgence sociale et de son fonctionnement, dont le Samu social est le pilier (Cefaï et Gardella 2011). Une tension s'observe donc dans l'espace associatif entre acteurs et méthodes « coup de poing » ou « contestataires » d'une part et « institutionnels » ou « gestionnaires » d'autre part (Damon 2002 ; Péchu 2006 ; Weill 2017), les premiers n'hésitant pas à intervenir directement dans l'espace public et à politiser le problème en dénonçant les modalités d'organisation du secteur ; les seconds ménageant leur rapport ambigu à l'État, auquel leur existence est étroitement liée (Bruneteaux 2013). Une opposition s'observe également entre usagers et militants d'une part, professionnels du travail social d'autre part, quant aux solutions proposées (Louail 2013).

Les rapports sur la santé des sans-domicile proposent donc un cadrage différent, voire concurrent du problème. Tous résultent pourtant de la mobilisation des Enfants du Canal : si celle-ci a contribué à rendre visibles les problèmes liés à l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sans-domicile, elle a aussi, par ricochet, attiré l'attention sur des questions de santé présentées comme sous-jacentes, mais anciennes et bien connues des « acteurs de terrain ». Ces rapports ont ainsi contribué à recentrer une partie de l'attention politique sur les dimensions médicales de l'accompagnement. Systématiquement confiés à des professionnels de santé (médecins généralistes, de santé publique, épidémiologistes, psychiatres) ou du Samu social, ils constituent une expertise qui prétend relayer les intérêts des personnes privées de logement et d'hébergement mais aussi les inquiétudes et les difficultés des professionnels investis dans le secteur. Ce cadrage affirme l'existence d'une tension autour de la prise en charge de la santé des personnes sans-domicile, tension qui revient « constamment dans les

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

entretiens » réalisés avec les acteurs de terrain (de Fleurieu et Chambaud) et se traduit par la « *mise en échec des dispositifs existants* » (Orain et Chambaud 2008). Ces difficultés ne sont d'ailleurs pas nouvelles mais sont « *exprimées de longue date par les intervenants sanitaires et sociaux* » (Samenta). Pour les auteurs de l'enquête Samenta, leur mission résulte ainsi d'« un contexte politique et scientifique qui a mis depuis plusieurs années la santé mentale des plus précaires sur son agenda », qui « traduit une préoccupation croissante concernant les relations entre exclusion sociale et santé mentale » (Samenta). Le cadrage médical des situations d'exclusion des personnes sans-domicile constitue ainsi un trait structurel et structurant de leur prise en charge, dont il convient de d'analyser les origines, les motifs, les modalités et la mise en œuvre au quotidien. Dans cette optique, le fil problématique qui a guidé cette recherche est restitué ici, à travers l'évocation de la construction de l'objet (I), des cadres d'analyse théorique (II) et méthodologique (III), enfin du plan de la thèse (IV).

I. La santé dans la prise en charge des personnes sans-domicile. De l'objet au sujet de recherche

Depuis les travaux pionniers de Georg Simmel sur l'appréhension relationnelle de la pauvreté (Simmel 1990, 1998), de Nels Anderson sur les *hobos*, travailleurs saisonniers et migrants dans les États-Unis du premier quart du XXe siècle (Anderson 1923 [2011]), ou d'Alexandre Vexliard sur la psychosociologie du « clochard » et les processus de désocialisation (Vexliard 1956, 1957 ; Mucchielli 1998), le champ de la recherche sur les personnes privées de domicile s'est considérablement élargi. Ses principales lignes de structuration sont présentées à travers les questions de la dénomination du phénomène, de la segmentation des études sur les modes de vie dans la rue et la prise en charge du problème, de l'état de santé des pauvres, de la thématique du non-recours et de la spécialisation des soins, enfin de l'articulation entre dimensions sociale et médicale de la question SDF.

1. Un phénomène et une dénomination pluriels

La dénomination des personnes privées de logement est une variable historique de la réponse sociopolitique apportée au phénomène, étroitement articulée à son recensement (Damon 2003). À travers l'histoire mais aussi sur une période récente, les tentatives plus ou moins approximatives d'estimation du nombre de « vagabonds » de même que les appellations du phénomène sont nombreuses (Geremek 1987 ; Castel 1995) : errants, sans-logis, vagabonds, clochards, SDF, zonards, mendiants… Chaque terme s'inscrit dans des contextes spécifiques et

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

charrie des implicites plus ou moins contrôlables (Pichon 2009). Dès lors, tout « *en retenant d'emblée qu'aucune catégorie ne saurait être entièrement satisfaisante* » (Gardella 2014a, 27), il convient d'arrêter un choix et de le justifier.

Les enquêtes réalisées par l'Institut national de la statistique et des sciences économiques (Insee) en 2001 (Brousse, Massé, et Guiot de La Rochere 2006) et 2012 (Yaouancq et al. 2013) ont été confrontées à la question de la dénomination dans le cadre de la construction des échantillons de leurs enquêtes. Ces études reposent sur la fréquentation des services d'aide. Elles opèrent une distinction entre les sans-abri et les sans-domicile : les premiers ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation durant la nuit précédant l'enquête, tandis que les seconds ont eu recours aux services d'aide la nuit précédant l'enquête (Brousse, Firdion, et Marpsat 2008). La catégorie des sans-domicile est donc plus large que celle de sans-abri. Deux biais apparaissent : d'abord, le domicile constitue le critère central de distinction, alors qu'il n'est pas évident puisque « *les personnes sans-domicile selon l'Insee peuvent avoir un domicile* » dès lors qu'elles ont eu recours aux services d'aide la nuit précédant l'enquête (Gardella 2014a, p. 27). Ensuite, le critère temporel de la « *nuit précédant l'enquête* », constitue un biais important puisqu'une personne n'ayant pas trouvé d'hébergement ce jour mais ayant l'habitude de recourir aux services d'aide est considérée comme sans-abri, tandis qu'une personne qui y a recours de manière relativement exceptionnelle et notamment ce jour précis est comptabilisée comme sans-domicile. Ce critère se veut néanmoins opératoire, et en dépit de cette limite soulignée par les auteurs de l'étude, la démarche générale de distinction des situations en lien avec leur rapport aux institutions se révèle pertinente et assez heuristique, dans la mesure où elle met en lumière les effets en termes de construction de l'identité des personnes ayant recours à l'institution (Goffman 1961 ; Bresson 1994 ; Pichon 1996 ; Demazière 2002). Dans la mesure où cette thèse porte sur les institutions et le travail de prise en charge, on se réfèrera principalement et de manière générique aux *personnes sans-domicile*, celui de *sans-abri* étant ponctuellement mobilisé pour renvoyer aux situations de personnes observées dans la rue. Les termes *usagers, appelants, accueillis, hébergés, résidents* seront mobilisés pour décrire les personnes ayant recours aux dispositifs correspondants (115, accueil de jour, centres d'hébergement) ; celui de *personne accompagnée* pour renvoyer à la relation d'accompagnement ou de soin dans laquelle est engagé un usager avec un professionnel. Si ces termes présentent l'inconvénient d'occulter la « *diversité des pratiques, des situations et des enjeux* » (Dubois 1999) des rapports des personnes sans-domicile à l'institution, on cherchera à décrire ces usages afin de compenser cette limite.

Deux derniers termes doivent être précisés, *sans-abrisme* et *question SDF*. La stabilisation du terme sans-abrisme intervient au début des années 2010. Contrairement aux termes « sans-domicile » ou « sans-abri », celui de sans-abrisme est utilisé presque

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

exclusivement au sein du champ académique[3]. Il est d'abord la traduction la plus commode du terme anglais « *homelessness* » et permet de désigner un phénomène social qui, bien qu'hétérogène, a pour critère principal d'identification l'absence de solution d'habitat personnel entrainant le fait de vivre à la rue. En second lieu, il désigne plus spécifiquement dans le champ académique « *une perspective descriptive et compréhensive sur l'expérience de la vie en rue, qui se tient à égale distance de la dénonciation et de la sublimation* » (Choppin et al. 2013, 16). Autrement dit, le sans-abrisme constitue un courant de recherche, principalement orienté dans une démarche de sociologie pragmatique et compréhensive, qui « *pointe non pas une absence, mais une vulnérabilité. Et elle pointe la vulnérabilité non pas du logement mais de l'habiter* » (Gardella 2014a, p. 28), ce terme permettant de désigner la multiplicité des formes d'habitat, y compris précaires (Bouillon 2009 ; Grand 2013). La démarche de cette thèse ne s'inscrit pas directement dans cette perspective, bien qu'elle puisse la nourrir. Lorsque le terme sera mobilisé, ce sera principalement pour renvoyer au phénomène social défini par l'absence de logement et, par extension, au sujet d'analyse qu'incarne ce phénomène. La notion de sans-abrisme est donc plus large que celle de « question SDF », qui désigne quant à elle le problème public[4] de la présence visible et durable du nombre de personnes privées de logement, impliquant un ensemble de mesures mises en œuvre afin d'y répondre (Damon 2002a; Pichon et al. 2016). Dans la mesure où la réflexion porte spécifiquement sur la prise en charge des sans-domicile, l'expression « question SDF » sera fréquemment mobilisée dans ce travail.

2. D'une ethnographie de la rue à l'ethnographie du travail de prise en charge

Cette recherche porte sur la prise en charge des personnes sans-domicile et non sur la vie en rue. Elle s'inscrit néanmoins dans la continuité d'un mémoire de recherche portant sur les modes de vie en rue fortement structurés autour des usages de drogues d'une vingtaine de sans-abri lillois[5]. Nettement inscrite dans la perspective d'une sociologie des carrières déviantes (Becker 1963) d'individus circulant entre les mondes de la drogue (Bourgois 1999 ; Duprez et Kokoreff 2000a ; Jamoulle 2000), de la rue (Pichon 2010 ; Bruneteaux 2016) et de la délinquance (Fernandez 2010 ; Mohammed 2012), cette recherche mettait en lumière la centralité de l'héroïne, de l'alcool et dans une moindre mesure du cannabis dans leur quotidien

[3] Une courte controverse s'est produite lorsque le terme a été utilisé par Emmanuelle Cosse en 2016 alors qu'elle était ministre du Logement : elle a été moquée précisément parce qu'elle aurait utilisé un barbarisme.

[4] La sociologie des problèmes publics s'est considérablement étoffée depuis les travaux interactionnistes de Blumer (1971), Becker (1963) ou plus particulièrement Gusfield (1981). Un phénomène social ne devient un problème public que parce qu'il est construit comme tel par des individus ou des groupes déployant un arsenal visant à visibiliser le phénomène, à le traduire en problème et à le mettre à l'agenda politique afin d'y apporter une solution. Pour une discussion, voir notamment Cefaï 1996 ; Neveu 2017.

[5] Ce mémoire de recherche a été réalisé à l'Université Lille 1 et a donné lieu à deux publications dans une revue et un ouvrage spécialisés (Schlegel 2013, 2015, 2016).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

qui, pour citer l'un d'eux, se résumait à « *faire la manche, acheter, consommer* ». Influencée par le travail de Philippe Bourgois et Jeff Schonberg auprès de sans-abri héroïnomanes à San Francisco (Bourgois et Schonberg 2009), elle s'appuyait sur une ethnographie des rues lilloises, les personnes rencontrées y passant la plupart de leurs journées à pratiquer la manche sous ses diverses formes (Pichon 1992 ; Memmi et Arduin 2007) et leurs nuits dans des squats, les temps de réapprovisionnement et d'usages de psychotropes structurant l'organisation de leur quotidien. Les observations et les entretiens menés dans le cadre de l'enquête ont montré que cette routine s'inscrivait en réalité dans une économie infrapolitique de subsistance plus complexe, faite de concurrence plus ou moins ouverte mais aussi de coopération pour des lieux de manche ou de squat, ainsi que de violences, de petits larcins, de rapports ambivalents aux dispositifs d'aide sociale, ou encore de stratégies plus ou moins élaborées de présentation de soi. Les systèmes de débrouille (*hustle*, voir Bourgois et Schonberg 2009) et l'alternance entre des périodes de mendicité, de « *défonce* », de gestion du manque et de volonté « *d'en sortir* » – de la drogue et de la rue (Castel et Pellen-Benard 1998 ; Pichon et Torche 2011) – ont permis d'esquisser des trajectoires complexes au sein des systèmes pénal, social et médico-social, et l'étroite articulation de ces derniers dans la prise en charge sociopolitique des carrières déviantes de ces figures contemporaines du sous-prolétariat (Bruneteaux et Lanzarini 1999).

À l'issue de cette ethnographie des modes de vie en rue, la motivation principale de cette nouvelle recherche était d'observer et d'analyser l'institution. Entre ces deux mondes, « la rue » et « l'institution », s'observe un écart paradoxal puisque la vie en rue et la pauvreté qu'elle induit sont elle-même définies par les dispositifs d'assistance supposés y pallier (Simmel 1998) et que les allers-retours entre ces deux mondes participent précisément des carrières de survie dans lesquelles sont engagés les sans-domicile (Pichon 2010 ; Pichon et Torche 2011). Ce clivage s'est d'abord exprimé dans le cadre du mémoire. Les matériaux recueillis ont mis en lumière un faible recours aux dispositifs de prise en charge spécialisés, une forte défiance vis-à-vis de ces derniers, et corrélativement une stigmatisation accrue des personnes qui y ont effectivement recours. La plupart des personnes interrogées décrivaient un recours ponctuel et tactique (de Certeau 1980) lié à l'hygiène ou au service de domiciliation (Loison-Leruste 2016), condition nécessaire à l'ouverture des droits sociaux et en particulier à l'obtention du revenu de solidarité active (RSA), principale ressource monétaire disponible avec les produits de la manche. Les enquêtés témoignaient d'un scepticisme marqué quant aux effets des démarches socioadministratives qu'ils auraient pu engager dans ces dispositifs, mais surtout de la crainte d'un effet de contagion du stigmate (Goffman 1963) dont ils marquaient les usagers de ces dispositifs afin de s'en distinguer (Elias et Scotson 1997). Un enquêté disait ainsi avoir renoncé au RSA au motif que seuls les « *cassoss'* » en bénéficient, marquant sa volonté de ne pas être assimilé à cette catégorie. Ces discours illustrent bien les ambivalences de la compétence administrative des administrés sociaux et des manières d'en disposer. Celle-ci est en partie liée

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

à la fréquence des expositions et des recours aux services d'aide sociale qui « *diminuent effectivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale* » (Dubois et Baudot 2012, p. 20). Mais elle implique de considérer également « *à la fois les situations caractéristiques objectives des usagers, la dynamique de leur trajectoire sociale (ici le sens de la pente), et celle de leur "carrière morale", pour reprendre la notion de Goffman, c'est-à-dire en l'occurrence les étapes, et la perception subjective de ces étapes, dans l'histoire de leur rapport à l'institution* » (p. 21). Selon un mécanisme similaire à celui de l'individu déclassé prenant ses distances avec le stigmate associé au statut d'assisté social (Weill 2012), les personnes interrogées refusaient d'avoir recours à certains dispositifs associés, dans leurs systèmes de représentations, à une déchéance. Autrement dit, c'est dans un souci identitaire de « maintien de soi », entendu comme un ensemble de démarches susceptibles d'entretenir une présentation de soi conforme à leurs attentes (Bresson 1994 ; Pichon 1996 ; Girola 1996), que ces enquêtés n'avaient pas recours à ces dispositifs qui imposent, eux, une « maitrise de soi » (Amistani 2001 ; Jouve 2008). De ce point de vue, la distinction entre la rue et son économie morale d'une part (Thompson 1971) et le système d'aide et d'action sociale d'autre part émanait moins de ce dernier que de ses potentiels bénéficiaires. Ce premier constat a justifié le choix d'enquêter l'institution afin d'expliciter les critiques des personnes refusant d'y avoir recours[6].

Un second argument justifiant l'idée d'une démarcation entre mondes de la rue et de l'institution tient au fait que cette séparation empirique se retrouve largement au sein du sous-champ des études académiques françaises portant sur les personnes sans-domicile : l'orientation initiale vers les mondes de la rue ou vers la prise en charge parait impliquer de renoncer à l'autre. L'existence de dispositifs tels que les maraudes amène à nuancer ce constat (Cefaï et Gardella 2011 ; Gardella 2014 ; Arnal 2016). Leur observation se distingue néanmoins nettement de celle de la vie en rue, tant le biais qu'elle induit parait considérable : centrée sur le travail de maraude, sur les interactions entre maraudeurs et sans-domicile, ou encore sur la vie en rue du point de vue des maraudeurs, elle ne semble pas à même de saisir la complexité des modes de vie en rue. Le cumul des expériences de recherche permet effectivement de passer des mondes de la rue aux institutions de prise en charge et inversement : à cet égard, les parcours de recherche de Pascale Pichon (1992, 1996, 2010 ; Pichon et Torche 2011) ou Patrick Bruneteaux (2006, 2007, 2016 ; Bruneteaux et Lanzarini 1999) sont emblématiques et témoignent de la possibilité de le dépasser. À l'échelle d'une enquête unique, cette dichotomie demeure cependant assez marquée. Les thèses récentes ou en cours, dont celle-ci, sur la prise

[6] La volonté de comprendre le refus d'hébergement opposé par certains sans-abri aux travailleurs de rue est d'ailleurs à l'origine de l'enquête de Cefai et Gardella auprès du Samu social de Paris (2011). Voir aussi les articles synthétiques de Julien Levy, paru au moment de la controverse de l'hiver 2018 sur la communication du gouvernement Philippe et le refus d'hébergement des personnes sans-domicile (Lévy 2018), ou celui de Gardella (2019). Plus largement, les travaux sur le non-recours ont bien documenté cette question (Warin 2016).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en charge des sans-domicile tendent à se porter le plus souvent du côté de l'institution : à de rares exceptions près (Pimor 2012 ; Lion 2018), les travaux actuels ou récents de jeunes chercheu-re-s sur le sujet portent principalement sur diverses facettes du travail d'accompagnement et de soins plutôt que sur la vie en rue[7]. D'une certaine manière, tout se passe comme si le travail d'enquête en rue, bien qu'éprouvant et difficile à mener, ne se suffisait pas ou ne répondait pas aux attentes académiques légitimes. Un biais disciplinaire parait également jouer : la sociologie et la science politique sont peut-être davantage portées à analyser les rapports des individus et des groupes sociaux aux institutions que l'anthropologie (Jouenne, Amistani, et Teissonnières 1993 ; Gaboriau 1993 ; Gaboriau et Terrolle 2003 ; Plancade 2013). La thèse d'anthropologie de Yann Benoist, soutenue en 2008 et centrée sur la maison de Nanterre, fait à cet égard figure d'exception puisqu'elle est l'une des rares recherches récentes à articuler ethnographie d'une institution et observations en rue auprès de ses usagers (Benoist 2008a).

Cette démarcation théorique est remarquablement stable dans le temps. Pascale Pichon en fait l'un des quatre critères d'organisation de ce qui constitue la première recension des travaux de langue française sur les personnes sans-domicile. Elle écrit à ce sujet : « *nous nous attacherons ensuite aux recherches qui s'intéressent* soit *aux interactions de face à face dans les espaces publics* soit *aux relations avec les institutions sociales* » (Pichon 1998, p. 96). La présentation sous la forme d'une alternative – *soit… soit* – illustre bien la dimension tendanciellement exclusive de ces deux approches. Quinze ans plus tard, les auteur-e-s d'une nouvelle recension publiée cette fois sous forme d'ouvrage[8], reprennent en l'euphémisant cette distinction : alors que le chapitre II est consacré aux « *dispositifs d'assistance des personnes sans-abri* », le chapitre IV est centré sur « *la vie entre rue et assistance : expérience et expédients* » (Choppin et al. 2013). Ce clivage apparait moins marqué dans d'autres contextes nationaux. Les travaux de Philippe Bourgois par exemple, s'ils sont principalement ancrés dans les situations de rue, amorcent un lien avec la prise en charge médicale, principalement liée aux usages de drogues de ses enquêtés et aux risques sanitaires associés (Bourgois, Lettiere, et

[7] On peut citer, parmi les thèses récemment soutenues, celles d'Élodie Jouve sur la réception des politiques d'assistance par les personnes sans-domicile (2008) ; de David Grand sur la constitution d'un « chez-soi » dans les dispositifs d'hébergement (2013) ; d'Édouard Gardella sur les temporalités du système de prise en charge (2014a) ; de Caroline Arnal sur les maraudes parisiennes (2016) ; de Laureline Coulomb sur les interactions soignants-soignés dans des dispositifs spécialisés (2016) ; de Marine Maurin sur les systèmes d'accompagnement adressés aux femmes sans-domicile en France et au Québec (2017b)… Quant aux thèses en cours, on peut évoquer celle de Gabriel Uribelarrea sur le travail de cure et de care auprès des sans-domicile ; de Mauricio Aranda sur la sociohistoire de la prise en charge par l'État social des sans-domicile ; de Lola Vivès sur les politiques du logement d'abord ; de Pierre Eloy et Marion Giovanangeli sur la prise en charge des familles sans-domicile, notamment étrangères ; d'Erwin Flaureau sur les carrières morales des maraudeurs ; d'Audrey Marcillat sur les rapports de genre observables dans le système de prise en charge…

[8] Cette dernière est particulièrement exhaustive, et couvre la grande majorité des travaux francophones en « *sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, droit, information-communication, histoire, géographie humaine, science politique et urbanisme* » (p. 23) publiés entre 1987 et 2012. Des recensions anglo-saxonnes existent également (Henslin 1993 ; Levinson 2004), témoignant de l'abondante littérature sur le sujet.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Quesada 1997 ; Bourgois 2000 ; Bourgois et Schonberg 2009). David Snow et Leon Anderson analysent finement les rapports entre les systèmes de débrouille et d'adaptation à la vie en rue, le recours aux services d'aides sociales et leurs effets sur la construction identitaire de ces personnes (Snow et Anderson 1993). Elliot Liebow montre quant à lui que les femmes sans-domicile sont confrontées de manière plus forte encore à ces contraintes d'adaptation du fait de leur genre (Liebow 1993). Il en va de même avec les travaux de Kim Hopper, qui relient ces univers par l'étude des mobilisations et des mouvements de défense des personnes sans-abri aux États-Unis (Hopper 1998, 2003), ou encore de Vincent Lyon-Callo, qui analyse la marginalisation croissante des sans-domicile les plus vulnérables dans un contexte d'accroissement continu des inégalités et de gouvernance néolibérale des systèmes sociaux (Lyon-Callo 2008). De la même manière, les travaux de Shirley Roy ou Roch Hurtubise, centrés sur l'itinérance et dans une démarche de recherche-action ont alterné entre mondes de la rue et de l'institution (Hurtubise et Roy 2007 ; Pichon 2009). Ici aussi, l'articulation de ces deux dimensions du problème est souvent liée à la possibilité de réaliser des enquêtes au long cours et collectives.

3. La santé des pauvres : évidences, obstacles et paradoxes

Dans le cadre de cette thèse, une première ligne de tension a rapidement été identifiée dans l'évaluation de l'état de santé des personnes sans-domicile, et en particulier dans l'existence supposée de pathologies de la pauvreté. On revient plus loin sur cette question dans la mesure où elle a été à l'origine de controverses qui ont amorcé la médicalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile dans les années 1980. Quant à la santé somatique, on peut toutefois préciser que les personnes sans-domicile sont globalement en mauvaise santé (Fihey, Lacoste, et Tillard 1994 ; Lebas et Chauvin 1998) et particulièrement touchées par des pathologies chroniques (Arnaud et al. 2008) ; par l'épilepsie (Laporte et al. 2006) ; par la gale, les poux de corps, et plus largement les troubles dermatologiques (Arnaud et al. 2016) ; par les affections liées à l'usage excessif d'alcool (syndrome de Korsakoff par exemple) ou de psychotropes et à la transmission de matériel de consommation : pathologies de l'appareil digestif, hépatites, infections virales, abcès (Cockempot et al. 1994 ; Lovell et Feroni 1996 ; Bouhnik 2007 ; Laporte et Chauvin 2010) ; ou encore par les cancers (Benoist 2010).

Ces études soulignent les difficultés à évaluer la prévalence réelle de ces troubles et pathologies parmi la population sans-domicile, en premier lieu dans la mesure où les contours de cette population sont eux-mêmes flous. En 2012, l'Insee estime que l'on compte plus de 141 500 personnes sans-domicile en France, soit une augmentation de près de 50 % par rapport à 2001, date de la première enquête qui dénombrait 86 500 sans-domicile. Ces chiffres doivent

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

être mobilisés avec précaution : ainsi, le chiffre de référence de l'Insee est fréquemment celui du nombre de sans-domicile adultes vivant dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants (112 300), les agglomérations de moins de 20 000 habitants n'ayant pas fait l'objet d'un recensement systématique. Le choix de s'appuyer sur la fréquentation des établissements spécialisés, s'il répond à un souci pratique, ignore les personnes les plus rétives à recourir à ces dispositifs. Damon (2014) souligne trois autres limites : la focalisation sur « *le* » chiffre occulte la grande diversité des situations des personnes qui y sont comptées ; la quête d'un chiffre de référence pour l'ensemble de la France occulte la répartition des personnes sur le territoire national, alors que la plupart des dispositifs de prise en charge sont fortement ancrés localement ; enfin, puisque l'enquête de 2012 souligne la forte hausse du nombre de personnes nées à l'étranger, Damon suggère que l'échelon européen serait pertinent afin d'appréhender cette question qui « *a d'ailleurs toujours été une question sociale doublée d'une question migratoire* » (Damon 2014, p. 73).

La méthodologie des études sur la santé des personnes sans-domicile souffre de constats similaires, puisque la population enquêtée l'est quasi-exclusivement au sein des dispositifs d'aide sociale. On peut illustrer cet aspect avec l'enquête Samenta : particulièrement robuste sur le plan de la construction aléatoire de l'échantillon, celle-ci aboutit au résultat d'une faible prévalence des troubles addictifs par les personnes interrogées. Les auteurs observent notamment une prévalence de 1,1 % d'usage d'héroïne au cours des 12 mois précédant l'enquête et constatent que 6,3 % des enquêtés déclarent avoir expérimenté ce produit au cours de leur vie (Laporte et Chauvin 2010a). Or la comparaison de ces chiffres avec d'autres enquêtes portant spécifiquement sur les usages de drogues (Bouhnik 2007, 2008 ; Dos Santos 2016) suggère une forte sous-estimation de la prévalence réelle des usages d'héroïne et plus largement de drogues – ce que soulignent eux-mêmes les auteurs de l'enquête Samenta. L'héroïne, comme les autres drogues, fait l'objet d'usages socialement marqués (Duprez et Kokoreff 2000b ; Bourgois et Schonberg 2005 ; Bergeron 2009 ; Parkin 2013) et incarne avec le crack l'archétype de la « *drogue du pauvre*[9] » (Jamoulle 2000 ; Bouhnik 2007, 2008). Les rapports annuels du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), implanté dans plusieurs grandes villes françaises, soulignent ainsi la grande accessibilité pratique et financière de l'héroïne, en dépit de variations des prix dans le temps et l'espace (Lose 2018). À ce titre, la ville de Lille est présentée par des usagers de drogues comme une « *plaque tournante* » (Schlegel 2013), où s'observe la présence importante d'héroïnomanes sans-domicile ou en situation très précaire

[9] Verbatim d'un enquêté du mémoire (Schlegel 2013). Cela ne signifie pas que seuls les pauvres consomment de l'héroïne, comme le montre par exemple Zinberg (1986). De la même manière, certains enquêtés déclaraient se faire un « petit plaisir » en consommant occasionnellement de la cocaïne lorsque leurs ressources le leur permettaient, celle-ci étant beaucoup plus chère et faisant l'objet d'usages par des personnes par ailleurs bien insérées socialement et appartenant plutôt aux classes moyennes et supérieures (Lancial 2011).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

vis-à-vis de l'habitat. Si l'on prend en compte les témoignages d'évitement des dispositifs d'aide sociale et le fait que les usagers de drogues peuvent être amenés à rester à l'écart des structures d'aide aux sans-domicile du fait de leurs règlements de fonctionnement – qui, pour la plupart, prônent l'abstinence –, on peut penser que le dispositif méthodologique de l'enquête Samenta comme pour d'autres enquêtes ne permet pas d'évaluer précisément les comportements déviants, troubles et pathologies des personnes les plus éloignées du système de prise en charge.

Une autre raison de la difficulté à évaluer l'état de santé des personnes sans-domicile est liée aux outils mobilisables à cet effet, à leur applicabilité et à leur adaptabilité aux situations particulières de la vie en rue. Ce point a suscité des débats, notamment aux États-Unis, sur la problématique spécifique de la santé mentale des sans-domicile et des modalités de son évaluation (Snow et al. 1986; Snow, Baker, et Anderson 1988), progressivement importés dans le champ français (Bresson 2003, 2006, 2012). Au-delà même des critiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), outil de classification des pathologies et troubles psychiques contesté par les praticiens et notamment par certains de ses propres concepteurs (Le Moigne 2010 ; Adam 2012 ; Di Vittorio 2014), ce sont les dispositifs méthodologiques d'évaluation et ce qu'ils impliquent (déclaration d'une volonté de se soigner, disponibilité temporelle, rappel des parcours de soins, etc.), élaborés par et pour des personnes socialement insérées, qui posent question dans leur application à des personnes privées de logement. Il parait ainsi légitime de se demander dans quelle mesure un bon état de santé mentale peut être la norme, ou ce qu'est un état de santé normal lorsque l'on doit lutter quotidiennement pour la survie pour trouver de quoi se nourrir, où dormir, sans même parler des démarches mises en œuvre dans la perspective d'une réinsertion. Si diverses études ont montré que les personnes sans-domicile sont davantage touchées par des troubles d'ordre psychique mais aussi somatique que la population générale[10], ce constat fait l'objet de débats entre acteurs du champ, experts et chercheurs, certains appelant à la réouverture des asiles en vue de protéger les sans-domicile au nom de leur vulnérabilité (Declerck et al. 1996; Declerck 2001), d'autres dénonçant la médicalisation à marche forcée du phénomène et ses effets néfastes sur la prise en charge (Soutrenon 2001; Benoist 2008a).

La remise en question de la pertinence des outils standardisés pour l'évaluation des troubles psychiques de personnes très éloignées de la norme amène à interroger la frontière entre normal et pathologique elle-même. En effet, ces outils traduisent l'existence de normes, en deçà ou au-delà desquelles se diffuse le spectre des déviances. Dans son analyse des rapports entre normal et pathologique, Canguilhem distingue les « *normes organiques* », reprise sous le

[10] Résultat qui, au regard des résultats de travaux sociologiques et épidémiologiques sur les inégalités sociales de santé, est loin d'être surprenant.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

synonyme de « *normes vitales* », des normes sociales (Canguilhem 1966). Alors que les normes sociales « *réfèrent le réel à des valeurs* » (p. 178) et sont en cela toute relatives car construites et exprimant des préférences socialement situées, les normes vitales auraient leur fonctionnement propre, ainsi qu'un caractère moins relatif parce que naturel. Pour Canguilhem, il y a une normativité plus forte du vital sur le social : autrement dit, les normes vitales ne pourraient être relativisées comme peuvent l'être les normes sociales, notamment dans le prolongement des enseignements des théories interactionnistes (Becker 1963 ; Goffman 1963) et plus largement constructivistes (Berger et Luckmann 1966 ; Cohen 1972). Si une analogie existe néanmoins entre ces deux types de normes, c'est précisément en ce qu'elles contribuent à définir et à être définies par des écarts, nommées déviances dans le cas des normes sociales, pathologies dans le cas des normes vitales (Merton 1949 ; Parsons 1975). Les normes organiques renvoient donc à des critères qui sont autant d'indicateurs de « bonne santé », à partir desquels il devient possible de juger de l'état de santé d'un individu. Les médecins en tant que titulaires légitimes du savoir physiologique, sont les garants de ces normes et contribuent à construire socialement les maladies (Freidson 1970b). Dans une perspective d'épistémologie ou de philosophie des sciences, il n'y a pas lieu de s'interroger sur la variabilité de ces indicateurs, validés par la connaissance médicale. Le degré d'adéquation à ces normes permet d'établir l'état de bonne santé, et la distinction entre normal et pathologique constitue un invariant presque immuable ou seulement lié à l'état des connaissances médicales.

Dans une perspective sociologique en revanche, la distinction entre normal et pathologique n'est pas transcendante à l'espace social, mais évolue selon les classes considérées et selon leurs rapports au corps, au soin ou à la maladie, ainsi que selon leur capacité à identifier une affection et à entamer des démarches afin de la soigner, ce que synthétise la notion de culture somatique (Boltanski 1971). L'anthropologie médicale a donné des exemples archétypiques des rapports différentiels entretenus à la maladie, celle-ci n'ayant pas le même sens dans des contextes autres que celui de la médecine occidentale (Fassin 1996). Elle se mêle à des systèmes plus ou moins complexes de croyances et de soins qui amènent à remettre en question la distinction du normal et du pathologique, ou tout du moins à la déplacer (Das 2015). Cette frontière est également poreuse et mouvante dans le cas des personnes sans-domicile, dans la mesure où ces dernières amènent à reconsidérer ce qu'est un bon état de santé, une maladie ou encore l'urgence dans le cadre de la vie en rue (Benoist 2008a ; Coulomb 2016). L'évaluation et la prise en charge de la santé des personnes sans-domicile se heurtent à un ensemble d'obstacles et de paradoxes témoignant de la permanence d'une mise à distance réciproque entre usagers et institutions. Dans cette optique, deux problèmes initiaux doivent être considérés, mais aussi dépassés, à savoir le phénomène du non-recours aux soins et celui de la création de dispositifs médicalisés spécifiquement à destination des plus pauvres.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

4. Non-recours aux soins et spécialisation des dispositifs : facettes ou cœur du problème ?

Les questions de l'accès et du recours aux soins des personnes sans-domicile et celle de l'articulation entre système de santé de droit commun et dispositifs de soins spécialisés ont été à l'origine de cette recherche. Le projet initial insistait sur la nécessité de mieux documenter les conduites à risques des sans-domicile et leur faible recours aux structures de soins. Dans cette optique, le choix d'un premier terrain d'enquête s'est rapidement porté sur un accueil de jour souvent évoqué dans les entretiens du mémoire et faisant l'objet de nombreuses critiques ciblant usagers comme professionnels. Du point de vue de la santé, cet accueil présentait un intérêt majeur, puisqu'un centre de santé lui est articulé, et propose une quinzaine de consultations médicales chaque jour[11]. Les premières observations réalisées auprès de ces dispositifs ont pourtant fortement contribué à ce que la recherche évolue. D'une certaine manière, le non-recours et la tension entre dispositifs médicaux spécialisés et dispositifs de droit commun sont progressivement apparus comme des facettes particulières d'une interrogation plus générale portant sur la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile.

Concernant le non-recours aux soins, les premières observations ont rapidement fait émerger un paradoxe : les consultations médicales assurées par le centre de santé ne souffraient pas d'un déficit de patients mais d'un excès de demandes, qu'il n'était pas en mesure de satisfaire. La question du (non)-recours aux soins exigeait donc d'être nuancée. En effet, gérée par des travailleurs sociaux de l'accueil de jour, l'inscription aux consultations était littéralement prise d'assaut à chaque ouverture de l'accueil, le matin puis en début d'après-midi, les premiers arrivés étant les premiers inscrits pour bénéficier d'une des huit consultations assurées par demi-journée. Les travaux sur le non-recours aux droits sociaux et aux soins, notamment ceux de Philippe Warin et des membres de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), ont montré que le phénomène ne se résume pas à une inadéquation entre offre et demande de prestations sociales, dépassant une lecture orthodoxe du phénomène, limitée à la mesure d'un écart entre population éligible et population effectivement bénéficiaire (Warin 2010). En élargissant l'analyse aux prestations non-financières et en distinguant entre différents types de non-recours – non-proposition, non-connaissance, non-demande et non-réception –, ces travaux ont considérablement affiné

[11] Les accueils de jour, ou « espaces solidarités-insertion » (ESI), sont des dispositifs ouverts en horaires de journée, au sein desquels toute personne peut se rendre pour se réchauffer, se laver, entamer des démarches administratives, etc. Les centres de santé sont quant à eux des cabinets médicaux, parfois pluriprofessionnels, destinés aux personnes ayant des difficultés d'accès à la médecine de ville parce qu'ils ne sont pas solvables, n'ont pas de couverture sociale, ou sont bénéficiaires de ses formes minimales (Couverture maladie universelle, Aide médicale d'État), souvent stigmatisées par la médecine de ville (Bazin, Parizot, et Chauvin 2006 ; De Pauw 2012). On revient en détail sur ces dispositifs dans le chapitre qui leur est consacré.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'analyse du phénomène (Rode 2010 ; Warin 2016). Il aurait ainsi été possible de montrer qu'en dépit de la saturation du centre de santé, un certain nombre de potentiels bénéficiaires, notamment les personnes les plus marginalisées des dispositifs d'assistance – qui sont aussi souvent parmi les plus vulnérables –, n'ont pas ou peu recours aux soins (Peretti-Watel 2006), ceux-ci étant loin de constituer une priorité de leur quotidien (Benoist 2008b ; Gardella, Laporte, et Le Méner 2008).

À l'inverse, certains usagers de l'accueil cherchaient à s'inscrire plusieurs fois par semaine, plaçant les travailleurs sociaux en charge de l'inscription dans l'embarras sur la marche à suivre. Ces derniers résumaient ce phénomène en disant « *qu'un public en chasse un autre* », expression fréquemment entendue par la suite sur différents terrains pour désigner l'évolution des profils de personnes accompagnées et les difficultés de cohabitation entre différents publics. En réalité, les personnes les plus rétives aux consultations médicales finissaient le plus souvent par en bénéficier : c'est un travail de persuasion parfois de long cours, souvent mis en œuvre par des travailleurs sociaux, qui les amenait à consulter. Ces constats nous ont interrogé : pourquoi les travailleurs sociaux sont-ils chargés d'amener les sans-domicile à se soigner ? Pourquoi sont-ils en charge de l'inscription ? Comment distinguent-ils les personnes malades des personnes en bonne santé ? À partir de quel moment « décider pour autrui » de la nécessité de se soigner ? Comment gérer l'excès de demandes de consultations ? La tension entre non-recours et recours excessifs se traduisait par des débats entre professionnels au sein de l'accueil de jour. Dans le cadre des réunions d'équipe hebdomadaires auxquelles participent professionnels de santé et travailleurs sociaux, se faisait jour un consensus sur la nécessité de réorienter des patients vers le droit commun, en l'occurrence les personnes titulaires d'une couverture maladie jugées autonomes, afin de désengorger les dispositifs spécialisés dans l'accompagnement et le soin des plus vulnérables. Les débats sur le non-recours sont donc apparus étroitement liés à d'autres débats sur la spécialisation des soins à apporter aux plus pauvres et sur le rapport entre dispositifs spécialisés et droit commun. De manière générale, la création de dispositifs dédiés à la prise en charge des personnes sans-domicile ou précaires est liée à l'inadéquation réciproque des dispositifs de droit commun et de ces potentiels usagers. Les dispositifs de droit commun sont structurés autour d'un ensemble de normes plus ou moins formelles (être à l'heure, respecter un rendez-vous et des conventions de politesse, avoir une hygiène correcte, avoir une couverture sociale, être solvable…) qui maintiennent à distance les personnes qui ne les respectent pas. Par ailleurs, les pratiques des professionnels du droit commun ne sont pas forcément adaptées à un public qui heurte leurs habitudes. Le refus de soins par les professionnels, s'il est difficile à documenter[12], est un

[12] En 2017 néanmoins, plusieurs associations dénonçaient le refus par certains praticiens de refuser les patients titulaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Assistance médicale d'État (AME), assumé et

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

phénomène bien réel (De Pauw 2012 ; Geeraert 2017 ; Wolff 2018), et la création de dispositifs spécialisés répond à la volonté d'adapter l'organisation et les pratiques de soins aux sans-domicile ou plus largement aux personnes qui tendent à s'éloigner du droit commun.

Au sein de ces dispositifs plus ou moins spécialisés, différents systèmes de représentations se juxtaposent, cohabitent, s'articulent ou s'excluent réciproquement, qui jouent dans la qualité des soins apportés aux pauvres. Isabelle Parizot en identifie deux principaux : un univers symbolique « médical » marqué par une éthique professionnelle supposant que les acteurs de santé prennent en charge tous les patients dans un souci d'égalitarisme ; un univers symbolique « humaniste » largement hérité de la tradition charitable de prise en charge de la pauvreté, par lequel les acteurs le plus souvent bénévoles, s'investissent davantage dans les relations d'assistance, parfois personnellement, créent des liens et opposent à l'efficacité du professionnalisme une disponibilité compassionnelle proche de la remise de soi (Parizot 2003a). La superposition de ces deux univers de représentation nourrit des interrogations sur les meilleures manières de soigner les pauvres. C'est également ce que souligne Jeremy Geeraert dans sa thèse sur les Permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS), dispositifs hospitaliers spécifiquement destinés aux personnes en situation de précarité. À partir d'une étude ethnographique, Geeraert construit une typologie des PASS[13] : il identifie des PASS « *dédiées* », marquées par un engagement dans le soin des pauvres et nettement inscrites dans ce qu'il nomme « *l'espace du soin de la précarité* » – sur lequel on revient plus loin ; des PASS « *transversales* » représentatives de l'univers symbolique médical car constituant des passerelles vers la prise en charge de droit commun, au sein desquelles « *la précarité est comprise comme un obstacle administratif à l'accès aux droits, mais les autres déterminants de la santé ne sont pas pris en compte* » (Geeraert 2017, p. 196) ; enfin des PASS « *fantômes* », dont Geeraert montre qu'elles existent en théorie mais pas en pratique et qui permettent « *un détournement de l'usage qui est fait des financements apportés par la MIG PASS*[14] *ou des affectations en personnel* » (p. 198). Quel que soit le type de PASS étudié, l'application de plus en plus drastique des principes du *new public management* à l'hôpital (Pierru 2012 ; Bertillot 2016 ; Juven 2016) comme à d'autres services publics (Bezès et al. 2011), se répercute en premier lieu sur ce type de dispositifs.

---

affiché sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne du type « Doctolib ». À la fin de l'année 2018, le Défenseur des droits a enjoint ces plateformes à supprimer toutes les mentions s'y apparentant et à faciliter le signalement d'abus. Voir l'article d'Isabelle Rey-Lefebvre du 17 décembre 2018 dans *Le Monde* : « Le refus de soin aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME : la mention devra disparaitre des site », disponible en ligne : https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/12/17/cmu-ame-les-sites-de-prise-de-rendez-vous-medicaux-doivent-retirer-toute-mention-de-refus-de-soins_5398910_3224.html?xtmc=defenseur_des_droits_cmu&xtcr=1, consulté le 4 janvier 2019.

[13] Depuis la loi de 1998, tout hôpital a l'obligation de se doter d'une permanence d'accès aux soins et à la santé.

[14] Mission d'intérêt général des PASS, il s'agit de la ligne budgétaire de financement des PASS, voir Geeraert 2017, pp. 165-175.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

À une échelle d'analyse plus attentive aux situations d'interactions entre soignants et patients sans-domicile, Laureline Coulomb met en évidence les malentendus qui en émergent, notamment sur les représentations du sain, du sale, de la maladie et du soin, ou encore sur les temporalités et les modalités de la prise en charge, le plus souvent résolus au prix de négociations et de compromis (Coulomb 2016). De fait, y compris au sein des dispositifs spécialisés, l'écart des systèmes de représentations entre soignés et soignants existe : l'oubli du corps, la tendance à repousser à la limite de l'urgence médicale le recours aux soins, les conduites à risques (Le Breton 2002), participent d'une culture somatique particulièrement éloignée des représentations des professionnels du soin (Boltanski 1971). Cet écart témoigne d'un ethnocentrisme médical, entendu comme l'imposition aux sans-domicile de représentations ici liées à la maladie, aux soins et plus généralement à la santé, que les soignants perçoivent comme universelles (Benoist 2009). Contre l'analyse de l'univers symbolique humaniste, Yann Benoist estime que les dispositions acquises dans le cadre de la phase initiale de la socialisation professionnelle, soit durant le temps de formation aux métiers de médecin ou d'infirmière, et qui se traduisent le plus souvent par un alignement des dispositions des étudiants sur l'image idéalisée qu'ils pouvaient avoir de la profession (Becker, Geer, et Hughes 1961 ; Baszanger 1981 ; Zolesio 2012) perdurent et ne sont pas ou peu compensées par une adaptation aux spécificités des publics qu'ils sont amenés à soigner. On sera amené à discuter ce point en montrant qu'il existe des processus de resocialisation qui amènent les soignants, mais aussi les travailleurs sociaux, à adapter leurs pratiques et leurs représentations à leur public. Valérie Wolff a quant à elle montré que d'autres difficultés émergent dans le contexte spécifique des services d'urgence hospitalière, liés notamment à la pluralité des problématiques qui touchent les personnes sans-domicile qui émergent dans le cadre de la relation de soin. La présence des sans-domicile parait alors participer de l'engorgement des urgences, alors que celles-ci se sont orientées, depuis la fin des années 1980, vers un tri des patients selon le degré d'urgence vitale que ces derniers présentent en arrivant (Dodier et Camus 1997 ; Wolff 2018).

À travers ces analyses se posent les questions des droits fondamentaux à la santé, de l'égalité face au service public, ou encore de l'existence de pathologies de la pauvreté et des manières d'y répondre. Les travaux d'épidémiologie et de santé publique, s'ils montrent l'inégale répartition des risques sanitaires et des pathologies selon la position des individus et des groupes dans l'espace social, laissent de côté le rôle propre de l'institution dans l'entretien et le renforcement des inégalités[15] (Niewiadomski et Aïach 2008 ; Aïach 2010). Les soignants déploient ainsi des attitudes très différentes, largement intériorisées mais parfois aussi conscientisées, selon la classe sociale de leurs patients. Dans le cas du cancer par exemple,

[15] Cette dimension reste peu étudiée par la sociologie elle-même : dans sa thèse sur les inégalités sociales face au cancer dans le Nord-Pas-de-Calais, Aurore Loretti montre qu'il s'agit d'un « *angle mort de la sociologie de la santé française* » (Loretti 2017, p. 39).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Aurore Loretti (2017) montre que les praticiens hospitaliers passent moins de temps en consultation avec les patients issus des classes populaires, sont plus fermés aux demandes d'explication qui leur sont adressées, adoptent un discours davantage moralisateur et pointent en les dénonçant plus fréquemment les comportements qu'ils perçoivent comme à risques. Plus largement, diverses modalités d'évaluation de la santé présentées comme neutres et objectives reposent sur un ensemble de normes et de valeurs sous-jacentes qui tendent à faciliter le rétablissement des membres des classes supérieures et, à l'inverse, à renvoyer l'impression que les membres des classes populaires progressent plus lentement[16]. Ces observations témoignent du déploiement d'une médecine de classe (Gelly et Pitti 2016 ; Vezinat 2016b) et du risque d'une médecine à trois vitesses (Baszanger, Bungener, et Paillet 2002), entre un secteur privé élitiste et peu accessible, un service public sous-doté et auquel s'applique des modalités d'évaluation déconnectées des contraintes auquel il est confronté, et des dispositifs plus ou moins disparates destinés aux plus pauvres, dont l'efficacité et la pérennité dépendent bien souvent de l'engagement des personnes qui y sont investies en tant que bénévoles ou salariées. On assisterait ainsi à un « *retour de la troisième classe* », stigmatisée et stigmatisante pour les groupes sociaux qui y ont recours (Memmi 2018).

Pourtant, si la question du non-recours aux soins des publics précaires et très vulnérables de même que celle des rapports entre dispositifs spécialisés et droit commun sont déterminantes, elles participent d'un questionnement plus général sur le rôle et les effets de la santé et des soins dans la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile. Dès lors, il apparait particulièrement important de relier les dimensions médicales et sociales de la question SDF, puisque toutes deux apparaissant très étroitement intriquées. Tandis que plusieurs travaux ont étudié séparément ces deux dimensions de l'accompagnement, peu se sont attachés à décrire et analyser la superposition, l'articulation, voire la concurrence de ces deux registres. La « question SDF » elle-même a principalement été analysée comme une reformulation contemporaine de la question sociale, omettant l'implication décisive d'acteurs de santé qui ont pourtant contribué à ce que celle-ci soit visibilisée, mais aussi à ce qu'elle intègre, presque dès sa formulation contemporaine, les dimensions médicales.

5. Question SDF : question sociale et question médicale

En France, à la fin des années 1980, est formulée la « question SDF ». Celle-ci apparait dans un contexte socioéconomique marqué par un ralentissement de la croissance et une hausse

[16] Voir le travail en cours de Muriel Darmon sur la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC) dans l'article du *Monde* du 11 janvier 2018 : « Ces chercheurs qui s'emparent des outils de Bourdieu », par Marion Rousset.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

du taux de chômage, ainsi qu'une mise en crise de l'État social et de ses fonctions protectrices. En réalité, la question SDF est explicitement formulée assez tardivement. Les thématiques de la précarité et de la nouvelle pauvreté (Paugam 1991 ; Paugam et Duvoux 2008 ; Duvoux 2011 ; Bresson 2015), qui renvoient toutes deux à des formes d'insécurité sociale liée à l'effritement des réseaux de sociabilité primaires et secondaires supposés assurer la protection des individus, apparaissent au début des années 1980, tandis que la question SDF est explicitement construite et formulée comme telle un peu plus tardivement, au début des années 1990 (Damon 2002a). Comme le souligne Damon, cette formulation est progressive et liée à plusieurs facteurs. En premier lieu, s'observe le lent passage d'une prise en charge répressive du vagabondage, à un paradigme assistanciel d'accompagnement des personnes privées de logement (Rullac 2008). Ensuite, le milieu des années 1980 apparait comme un moment décisif puisque c'est à partir de ce moment que sont mis en œuvre les plans pauvreté-précarité visant à mettre à l'abri les personnes « pauvres » durant l'hiver (Gardella 2014a). Enfin, un lent travail de visibilisation est opéré par divers acteurs associatifs, humanitaires ou artistiques, ou encore par des groupes militants cherchant à relier crise du logement et situations de rue (Damon 2002d, 2002e). La question SDF a donc fait l'objet d'un lent travail de ciblage comme catégorie d'action publique avant d'acquérir une présence « *continuel[le] sur l'agenda politique, même s[i elle] prend une place plus ou moins proéminente selon les années et les périodes de l'année* » (Damon 2002a, p. 126). Elle apparait comme l'incarnation contemporaine emblématique des métamorphoses de la question sociale. Castel montre ainsi que, dans la seconde moitié et surtout dans le dernier quart du XXe siècle, elle est directement liée à « *l'effritement de la condition salariale* » (Castel 1995, p. 621), alors que cette dernière était supposée assurer à chacun les moyens de sa subsistance. Cet effritement et le nivellement par le bas des conditions d'existence qui en résulte se traduisent par le passage d'une « norme travail » à une « norme logement » comme condition première d'insertion au sein de la société française (Bresson 1997), qui place *de facto* les personnes sans logement à la marge. L'ouvrage de Damon constitue une référence centrale dans le champ et a largement nourri les recherches ultérieures[17]. Sa principale limite, qui témoigne du cloisonnement entre les approches portant sur l'accompagnement social et celles sur la prise en charge médicale des sans-domicile, est précisément l'absence de prise en compte de cette seconde dimension[18]. Cette absence a été compensée par des travaux ultérieurs (Parizot 2003 ;

[17] La recension de 2013 reprend ainsi le titre de l'ouvrage pour son troisième chapitre « La question SDF comme problème public » et souligne à son propos « c'est le premier travail et l'un des rares encore aujourd'hui à avoir abordé de façon systématique le sans-abrisme sous l'angle de l'action publique » (Choppin et al. 2013, p. 106).

[18] À la note n°2 du bas de la page 161, Damon écrit : « *Ne nions pas l'évidence : l'existence de pathologies mentales chez les SDF. On relativise seulement les spécifications de la question SDF qui s'y arrêtent principalement. L'état de santé des SDF, spécialement sur le plan de la maladie mentale, prête à toutes les confusions. Pour des informations solides, signalant que la prévalence des troubles psychiques chez lez SDF est plus élevée que dans la population générale, sans l'être considérablement et sans concerner essentiellement les pathologies lourdes, cf. Firdion et al. 1998 et Snow et al. 1998 ». Tout en présentant le problème de la santé mentale comme « une évidence* », Damon ne s'y arrête pas dans son analyse.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Gardella 2014), qui ont montré que la formulation de la question SDF était aussi liée au déploiement de ce que l'on peut appeler une « *raison humanitaire* » (Fassin 2010) dans l'organisation du système de prise en charge des sans-domicile, entendue comme un registre d'argumentation et d'action qui s'appuie sur les sentiments moraux et les affects.

Cette thèse s'inscrit dans la continuité de ces travaux, mais s'en démarque dans la mesure où, comme on le montrera, la raison humanitaire constitue un facteur d'explication parmi d'autres de la configuration contemporaine d'une prise en charge médico-sociale des sans-domicile. Notre principale hypothèse est ainsi que la question SDF, si elle s'affirme dans les années 1980 et 1990 comme une incarnation emblématique de la question sociale, entendue comme une préoccupation de la société autour de sa capacité à assurer sa cohésion (Castel 1995), se double d'une *question médicale*, entendue comme une préoccupation sur la santé de cette population et les modalités de la soigner. Cette hypothèse amène à discuter celle d'une médicalisation de la question SDF, entendue comme la traduction du phénomène en un problème d'ordre médical, résultant de l'investissement des professionnels de santé, et notamment des médecins, sur un problème donné (Conrad et Schneider 1992). Elle amène également à interroger l'hypothèse d'une sanitarisation du phénomène, c'est-à-dire d'un processus plus large de « *traduction sanitaire* » de ce phénomène, justifiant la mise en œuvre de mesures et de politiques visant à y répondre (Fassin 1996).

II. La professionnalisation comme cadre d'analyse problématique

Afin d'analyser les liens étroits entre question médicale et question sociale au sein de la prise en charge de la question SDF, la recherche s'inscrit dans le cadre d'études portant sur les processus de professionnalisation. L'usage du pluriel traduit la diversité et la multiplication des formes d'analyse de celle-ci (Demazière et Gadéa 2009 ; Dubar, Tripier, et Boussard 2011 ; Vezinat 2016a). Cette thèse s'inscrit dans la perspective d'une sociologie des groupes professionnels, la plus à même d'appréhender la complexité des processus qui touchent la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes sans-domicile.

1. Une sociologie des segments et des groupes professionnels

La sociologie des groupes professionnels peut être envisagée comme le résultat original d'échanges, de croisements et d'hybridations entre différents courants théoriques (Chapoulie 1973), mais aussi comme une réinterprétation, dans le contexte français, de débats anglo-saxons relatifs à l'analyse des professions (Demazière 2009). En France, Émile Durkheim a amorcé

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

son développement, en proposant une analyse normative des groupes professionnels, qu'il envisage comme le principal obstacle à l'anomie, pathologie sociale par excellence des sociétés modernes (Durkheim 1893, 1897). C'est néanmoins dans la seconde moitié du XXe siècle et surtout à partir des années 1990 que l'analyse des groupes professionnels se renouvelle et se développe véritablement. Après plusieurs « *éclipses* » (Demazière et Gadéa 2009), elle connait actuellement un renouveau lié, d'une part, aux circulations internationales des théories sociologiques, d'autre part, aux évolutions du monde social (Dubar, Tripier, et Boussard 2011 ; Vezinat 2016a). De la sociologie du travail, elle retient l'attention aux formes d'organisation et de division du travail, aux rapports sociaux (Friedmann et Naville 1961) et aux échanges entre sphère du travail et monde privé mais prend ses distances avec l'ouvriérisme de ses origines (Tanguy 2009, 2011), pour reconnaitre comme légitimes d'autres espaces d'analyse du travail que la mine ou l'usine (Chapoulie 1991). De la sociologie des organisations, elle conserve une attention aux formes d'articulation des entités collectives de statuts divers (Crozier et Friedberg 1977 ; Sainsaulieu, Minguet, et Bouvier 1981). Elle se distingue néanmoins des visées réformatrices qui ont pu lui être associées suite aux prises de position de Michel Crozier. L'histoire étroitement liée de ces deux courants sociologiques (Borzeix et Rot 2010 ; Rot et Borzeix 2017) éclaire le développement de la sociologie des groupes professionnels, celle-ci occupant une position intermédiaire en se nourrissant des apports de chaque tradition. De même, si cette démarche s'inscrit assez nettement dans la continuité des analyses interactionnistes des professions et mobilise les outils que celles-ci ont forgés (Demazière et Gadéa 2009), il reste néanmoins attentif aux apports propres de l'approche fonctionnaliste et notamment aux différences organisationnelles qui se font jour entre professions établies et groupes en voie de professionnalisation (Champy 2011).

Dans cette optique, les groupes professionnels désignent des « *ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique* » (Demazière et Gadéa 2009, p. 20). L'expression permet de se démarquer des « professions » qui renvoient implicitement aux professions établies, soit à des situations de monopole d'exercice, de contrôle des membres, de leur compétence et des modalités de ce contrôle par différents outils tels que les associations professionnelles, les codes déontologiques, etc. Comme le souligne Claude Dubar :

> Les groupes professionnels ne sont pas des professions séparées, unifiées, établies ou objectives comme risquerait de le laisser penser la tradition « fonctionnaliste » issue de Durkheim ou de Parsons. Comme Bucher et Strauss (1961) l'avaient bien vu, ce sont des processus historiques de segmentation incessante, de compétition entre segments, de « professionnalisation » de certains segments et de "déprofessionnalisation" d'autres segments, de restructuration périodique sous l'effet des mouvements du capital, des politiques des États et des actions collectives de ses membres (Dubar 2003b, p. 58).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Au départ de l'analyse se trouve ainsi le constat empirique qu'une pluralité d'acteurs de statuts, de métiers et de disciplines différents sont investis dans la prise en charge des personnes sans-domicile et qu'ils sont amenés à travailler ensemble afin d'accompagner au mieux les personnes ayant recours aux dispositifs au sein desquels ils sont investis. Ces acteurs peuvent être titulaires d'un contrat de travail, en tant que salarié ou stagiaire, ou bénévoles. Ils sont souvent diplômés – ou en cours d'obtention d'un diplôme – en lien avec le travail qu'ils effectuent. Lorsque ce n'est pas le cas, ils possèdent un ensemble de connaissances plus ou moins techniques, plus ou moins abstraites, acquises par l'expérience accumulée au fil des années. Trois principaux groupes professionnels peuvent ainsi être identifiés, qui sont eux-mêmes organisés en différents segments, ces derniers désignant des coalitions intermédiaires autour de certaines tâches plus ou moins prestigieuses, qui s'articulent plus ou moins étroitement pour former les différents maillons de l'activité laborieuse (Bucher et Strauss 1961) : le travail social – moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, assistantes sociales[19], animateurs socioéducatifs, conseillères d'éducation sociale et familiale, cadres du travail social ; le travail médical – médecins généralistes, psychiatres ; et le travail paramédical – addictologues, infirmières, infirmiers psychiatriques, cadres de santé, psychologues[20]. D'autres acteurs occupent une position subalterne dans la division du travail propre aux dispositifs de prise en charge – secrétaires, veilleurs de nuit, agents d'entretien, agents de restauration. Enfin d'autres encore se situent à la limite du travail de prise en charge lui-même bien qu'ils y participent, directement ou non – bénévoles, religieux, représentants de l'État ou des pouvoirs publics. Comment ces acteurs arrivent-ils, ou non, à travailler ensemble ? Qui est en charge de quoi ? Ce partage des tâches est-il reconnu par tous, fait-il consensus ou débat ? Comment s'articulent les différentes mesures de prise en charge, d'accompagnement et de soins ?

L'inscription au sein de la sociologie des groupes professionnels justifie par ailleurs l'identification d'une *question médicale* dans la prise en charge des sans-domicile, plutôt que d'une *question sanitaire*. La seconde induit une dimension plus large que la première, notamment dans la mesure où elle renvoie à différentes définitions de la santé (Bergeron et Castel 2014), à la fois comme état somatique ou mental d'un individu ou d'une population, comme système institutionnel défini par des politiques, des dispositifs et des droits, enfin comme système professionnel qui regroupe l'ensemble des personnes prodiguant des soins, somatiques ou mentaux, et qui sont reconnus pour cela. Ces trois dimensions de la santé – comme état, comme système institutionnel et comme système professionnel – sont étroitement liées, et seront évoquées dans cette thèse. Le choix de parler d'une question médicale résulte

[19] La féminisation traduit la très forte surreprésentation des femmes au sein de ces métiers.

[20] La psychologie a un statut ambigu : science humaine, elle trouve des applications et des usages divers, témoignant du caractère « *balkanisé* » de la profession et de sa difficile quête d'unification (Le Bianic 2013). Si l'on prend ici le parti de classer la psychologie dans le secteur paramédical, c'est dans la mesure où les psychologues rencontrés travaillent sous la tutelle des secteurs de psychiatrie. Voir aussi Le Bianic 2005.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

néanmoins de la volonté de focaliser l'analyse sur les rapports qu'entretiennent les groupes professionnels investis dans le cadre de la prise en charge, sur le travail qu'ils mettent en œuvre et sur la manière dont il est organisé. Il s'agit également d'observer le rôle des professionnels de santé dans la redéfinition ou le dédoublement de la question SDF en problème d'ordre médical. À partir de cette focale, il est possible d'étudier la question de la professionnalisation du système de prise en charge.

2. Professionnalisation et système professionnel

Comme l'a précisément montré Didier Demazière, la professionnalisation, parce qu'elle fait l'objet d'usages divers et variés, tant par les sociologues que par les pouvoirs publics, par les travailleurs que par les employeurs, s'apparente à une catégorie « *flottante* » ou fourre-tout, et peut se révéler « *problématique* » dans une perspective scientifique (Demazière 2009). Développée dans le contexte français contre la perspective d'analyse des professions et les apories qui lui sont liées, elle n'en reproduit par moins certaines limites, en réactualisant le modèle implicite du contrôle et de l'autonomie professionnels monopolistiques des groupes professionnels. Afin de mettre ces risques à distance néanmoins, on souscrit à la proposition de Demazière qui consiste à doubler l'analyse temporelle des processus de professionnalisation, d'une dimension spécifiquement sociale, donc d'une attention aux conflits, aux négociations, et aux relations de diverses natures qui structurent la division du travail (Demazière 2009). La professionnalisation est ainsi entendue comme une dialectique, une dynamique relationnelle, à la fois conflictuelle et coopérationnelle, par laquelle différentes entités se voient, ou non, reconnaitre une légitimité à agir sur un problème donné, sur certains pans de celui-ci, ou sur son entièreté – ici la prise en charge des sans-domicile. Cette définition permet d'être attentif à la fois aux pratiques coopératives des professionnels investis dans le secteur, mais aussi aux modalités de concurrence qui peuvent se faire jour entre eux. Elle insiste sur l'idée que la légitimité acquise par un groupe professionnel afin d'assurer une tâche spécifique est étroitement dépendante de sa capacité à démontrer cette légitimité, à l'entretenir mais aussi à contester, de façon plus ou moins frontale, la légitimité revendiquée par un autre groupe sur cette même tâche. L'approche adoptée s'inspire nettement du cadre d'analyse systémique et relationnel des groupes professionnels élaboré par Andrew Abbott (1988). Sa théorie, inscrite dans les traditions écologiques et interactionnistes de l'École de Chicago (Abbott 2016 ; Cefaï

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2016), se construit contre les analyses fonctionnalistes de la professionnalisation, qui font de celle-ci un processus ordonné par une série d'étapes et de caractéristiques bien identifiables[21].

Contre les analyses focalisées uniquement sur la structuration des professions – ce qu'elles sont et à quelles conditions elles le sont – Abbott réaffirme la centralité du travail et de sa division – ce qu'elles font et comment elles le font – à travers des mécanismes de contrôle et de délégation des tâches, qui reposent eux-mêmes sur la capacité à être reconnu comme légitime pour intervenir sur un problème donné (1958, 1962). Dans cette optique, Abbott nomme *juridiction* (*jurisdiction*) le lien entre un groupe professionnel et les tâches qu'il effectue, celles-ci s'exprimant sur un *territoire professionnel* (*turf*) revendiqué. Ce lien est construit à partir d'un ensemble de savoirs et savoirs-faires reconnus, mais contestables : dans leurs relations les groupes professionnels sont amenés à collaborer ou à se concurrencer en revendiquant ensemble, ou les uns contre les autres, des juridictions (*claim of jurisdiction*). Dans cette optique, la prise en charge des personnes sans-domicile est envisagée comme une juridiction revendiquée par les différents groupes professionnels qui s'y investissent. Il convient dès lors d'être attentif aux modalités de maintien et de défense de cette juridiction, garantie par les relations qu'ils entretiennent avec diverses entités. Ces entités sont des *auditoires* (*audiences*), c'est-à-dire à la fois des personnes, physiques ou morales, mais aussi des configurations spatiales – et temporelles – soit des lieux où les groupes professionnels peuvent s'exprimer. Trois auditoires sont identifiés : l'État, le public qui désigne l'opinion, enfin le lieu de travail sur lequel interagissent les membres des groupes professionnels. Autrement dit, des échanges plus ou moins constants s'opèrent, selon des temporalités et des modalités diverses néanmoins, entre des travailleurs de l'intérieur (« *from within* »), d'une part, et des acteurs de l'extérieur (« *from above* »), le plus souvent dans une position décisionnaire, d'autre part (Evetts 2003; Demazière 2009; Vezinat 2016a). L'une des perspectives de cette thèse est donc d'analyser ce travail de légitimation des groupes professionnels investis dans la prise en charge de la question SDF, à plusieurs niveaux et temporalités (Hénaut 2016 ; Ollivier 2016 ; Jouvenet 2017), et selon plusieurs modalités (Champy 2011 ; Eyal 2013). En effet, le travail de légitimation mis en œuvre par des groupes professionnels n'est pas le même selon qu'il s'opère auprès de l'État, du public ou sur le lieu de travail. L'étude des juridictions professionnelles implique de considérer à la fois leur structuration, leur histoire ainsi que celle des groupes professionnels qui la revendiquent et y opèrent, mais aussi la ou les cultures professionnelles qui s'y déploient, soit les manières d'appréhender les problèmes à résoudre et les tâches à mettre

[21] L'opposition entre théories fonctionnalistes et interactionnistes des professions est connue et fréquemment rappelée dans des articles, thèses, manuels, etc. Pour une présentation synthétique de cette opposition, on se permet de renvoyer à (Chapoulie 1973; Vezinat 2016a). Pour des analyses plus détaillées ou des discussions de ces oppositions, voir (Demazière 2009 ; Demazière et Gadéa 2009 ; Dubar, Tripier, et Boussard 2011 ; Champy 2011).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en œuvre, en s'appuyant sur des connaissances spécifiques[22]. Dans cette optique, divers outils permettent d'appréhender au mieux quête de légitimité, coopération et concurrence des groupes professionnels.

3. Diagnostics, traitements, inférence

À l'échelle du lieu et des relations de travail entre les membres des groupes professionnels, la légitimité est acquise lorsqu'un groupe est capable de démontrer son efficacité dans la réalisation d'une tâche. Cette efficacité est étroitement liée à la capacité d'identifier le problème à traiter et de mettre en œuvre la solution la plus pertinente, la plus rapide, la moins coûteuse, etc. Pour Abbott, toute tâche professionnelle consiste à opérer des choix visant à mettre en œuvre une démarche en vue de traiter un problème donné. Chaque problème a des propriétés objectives, qui existent indépendamment de l'interprétation qu'en proposent les groupes professionnels, et d'autres, subjectives, attribuées par les groupes professionnels revendiquant une légitimité à résoudre ce problème. Les propriétés subjectives constituent ainsi la traduction proposée par un groupe professionnel investi dans sa résolution. Celle-ci se divise en trois temps : le diagnostic, l'inférence et le traitement[23]. Le diagnostic et le traitement s'appuient sur des systèmes classificatoires distincts mais interdépendants, qui sont autant de possibilités parmi lesquelles les professionnels doivent opérer des choix raisonnés. Le *diagnostic* intervient en premier : à partir de ses connaissances, des propriétés du problème et du type de travail effectué, un professionnel identifie le problème à résoudre. Il dispose pour cela d'un ensemble de *traitements* envisageables et cherche à proposer celui qui parait le mieux convenir. Dans les deux cas, il s'agit pour les professionnels d'assigner des propriétés subjectives à des problèmes rencontrés dans le cadre de leur travail. L'attribution de propriétés subjectives passe par un processus d'abstraction par le biais des savoirs propres à leur groupe de référence. Les groupes professionnels les mieux établis et les moins vulnérables sont ceux qui s'appuient sur les savoirs abstraits et notamment universitaires, même s'ils exigent d'être applicables à des situations concrètes. Autrement dit, ce sont les savoirs *experts* qui sont les plus valorisés au sein du système des professions (Freidson 1970b). Entre les deux systèmes classificatoires du diagnostic et du traitement se déploie ce qu'Abbott nomme

[22] Cette double attention à la culture et à la structure des juridictions est un point central de l'analyse. Abbott écrit : "*The link of jurisdiction embodies both social and cultural control. The cultural control arises in work with the task and is legitimated by formal knowledge that is rooted in fundamental values. The social control arises in active claims put forth in the public, legal, and workplace arenas*" (Abbott 1988, p. 86).

[23] Ces termes, surtout « diagnostic » et « traitement », montrent le recours d'Abbott à la métaphore médicale dans l'élaboration de sa théorie, sans que cette dernière ne s'applique exclusivement à l'analyse de la médecine.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'*inférence*, cœur de l'exercice du professionnalisme[24], qui détermine largement la légitimité du groupe professionnel et de ses membres.

Le travail d'inférence désigne les opérations d'induction, de déduction et de définitions des problèmes à résoudre et des traitements à mettre en œuvre, en particulier lorsque le passage de l'un à l'autre ne relève pas de l'évidence. La légitimité d'un groupe professionnel et son degré de vulnérabilité sont étroitement liés au degré d'inférence mis en œuvre par ses membres. L'inférence dépend ainsi du degré de routinisation des actes du groupe : en effet, « *toute profession possède des règles qui dictent à quel moment un professionnel doit avoir recours à l'inférence complexe, et l'apprentissage de ces règles est essentiel à l'apprentissage de la profession. Mais quelles que soient ces règles, trop ou trop peu d'inférence finira par affaiblir la juridiction* » (Abbott 1988, 51). Ainsi, si les actes d'un groupe professionnel sont trop routinisés (*routinized*) et s'il n'a pas recours à l'inférence, il s'expose à ce qu'un groupe concurrent se montre plus efficace dans la résolution d'un problème donné. À l'inverse, s'il a constamment recours à l'inférence et n'a pas ou trop peu de procédures routinisées, il n'est pas en mesure de prouver son efficacité et sa légitimité à intervenir et peut se voir concurrencé par un autre groupe. Il faut finalement préciser que l'inférence s'opère à l'échelle individuelle, d'une part, et est dès lors difficile à saisir puisqu'elle consiste le plus souvent en des opérations mentales, inaccessibles au sociologue – sauf par le biais de l'entretien qui peut en fournir une restitution partielle ; mais elle s'opère également à l'échelle collective, d'autre part, lors de réunions de concertation par exemple, au cours desquelles les professionnels échangent sur les problèmes auxquels ils sont confrontés et cherchent collectivement des solutions. Ces temps d'échanges sont particulièrement importants dans la mesure où ils donnent lieu à des prises de position des personnes qui y participent et qui sont, elles, effectivement accessibles à l'observateur. Dans le cadre de cette thèse, le travail d'inférence occupe une place centrale de l'analyse réalisée à partir de l'enquête de terrain. Son étude permet de saisir la manière qu'ont les professionnels investis dans le travail de prise en charge des personnes sans-domicile de catégoriser les problèmes qu'ils ont à résoudre, notamment en les identifiant comme d'ordre social, médical, psychologique, psychiatrique, etc., et en proposant à cet effet les mesures qui leur paraissent les plus pertinentes. Les divergences et les désaccords sont alors particulièrement intéressants puisqu'ils traduisent l'existence de définitions concurrentes des problèmes à résoudre et peuvent suggérer, lorsqu'ils se répètent, des conflits larvés ou ouverts de juridiction.

[24] Abbott qualifie l'inférence de tâche purement professionnelle : "*the time-structure of the diagnosis-treatment relation determines the resort to the intermediate, purely professional task of inference*" (Abbott 1988, p. 48)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

4. Territoires professionnels et frontières juridictionnelles

Le deuxième élément central de l'analyse tient aux frontières professionnelles (Abbott 1995). Si le cœur du métier de chaque groupe professionnel caractérise son identité, il faut être particulièrement attentif aux opérations menées aux frontières de sa juridiction, donc aux tâches qui s'éloignent de ce cœur de métier, dans la mesure où c'est là que les groupes professionnels sont les plus vulnérables et les plus à même de voir remise en question leur légitimité. Abbott résume cette idée en énonçant que « *nous ne devrions pas chercher les frontières des choses, mais les choses des frontières* » (Abbott 2016), signifiant ainsi que les phénomènes sociaux ne préexistent pas aux frontières puisque ce sont ces dernières qui contribuent à les délimiter et à les définir. Ces frontières ont des propriétés objectives et subjectives, et participent de représentations et de définitions divergentes d'un même phénomène, par des jeux d'étiquetage et de vécu (Demazière et Dubar 1997b; Demazière 2018b). Caroline Arnal a ainsi étudié les dynamiques des frontières d'une activité emblématique du secteur de l'exclusion, à savoir les maraudes. Elle montre bien la double dimension objective et subjective de cette activité, notamment dans les rapports entre maraudes bénévoles et maraudes professionnelles. Ce faisant, la professionnalisation des maraudes est étroitement liée aux enjeux de définition et de délimitation d'une activité relationnelle, mobilisant savoirs et savoirs-faires dont l'enjeu est la reconnaissance au sein du système des professions (Arnal 2015a, 2016). L'étude des frontières permet ainsi de dépasser l'alternative entre perspectives subjectivistes et objectivistes, afin d'intégrer ces deux dimensions à l'analyse (Bourdieu 2001).

L'un des enjeux de l'étude des frontières juridictionnelles est dès lors d'analyser la manière dont celles-ci évoluent, élargissant ou à l'inverse restreignant les champs de compétences et les marges de définition et d'intervention des groupes professionnels. L'analyse des frontières, de leurs mouvements et de leurs fixations, implique une attention particulière à la fois aux dimensions spatiales et temporelles de la constitution des juridictions et des processus de professionnalisation. Abbott montre par exemple que la juridiction des problèmes personnels, qu'il a étudiée dans le cadre de sa thèse et qui est à l'origine de sa théorie des professions, « *a été créée, découpée, rattachée à d'autres juridictions, découpée à nouveau d'autres manières, et reconceptualisée une douzaine de fois entre 1860 et 1940* » (Abbott 2016). Ces découpages successifs sont autant d'occasions pour les groupes professionnels de s'investir dans la prise en charge de ces problèmes et de s'approprier la juridiction, et Abbott montre ainsi comment le clergé, la neurologie, la psychiatrie et les psychologues ont successivement revendiqué être les plus à même d'apporter la meilleure réponse aux problèmes personnels (Abbott 1980, 1995). Cette attention aux frontières invite donc également à restituer les dynamiques historiques de constitution des juridictions professionnelles, et plus largement à être attentif aux temporalités et aux espaces divers dans lesquels s'inscrivent les processus de

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

professionnalisations (Abbott 1991, 1997 ; Jouvenet 2017). Dans le cas de cette recherche, la question des frontières se pose doublement. D'une part, elle est abordée dans une perspective généalogique : comment s'est constituée la juridiction du sans-abrisme ? Comment ont évolué les frontières définissant sa prise en charge ? Et d'autre part elle est étudiée à travers la division du travail observée empiriquement : où commence et où termine le travail social de prise en charge des sans-domicile ? Où commence le travail de soin, le travail psychologique ? Comment sont tracées les frontières disciplinaires et statutaires ? Est-il pertinent de poser ces questions ainsi alors que les problématiques rencontrées par les professionnels paraissent considérablement intriquées, et donc plus superposées que séparées ?

5. Écologies liées et rapports entre champs

Le troisième élément central dans l'analyse des professions sur lequel il convient d'insister tient aux rapports qu'entretiennent les professions avec d'autres entités, telles que l'État. L'État constitue l'un des principaux auditoires auprès duquel les groupes professionnels cherchent à faire reconnaitre leur légitimité. Pourtant, *The System of professions* (Abbott 1988) ne permet pas de comprendre clairement la manière dont les professions sont liées à l'État et agissent auprès de lui en vue de se faire reconnaitre comme légitime. La théorie du système des professions fait écho sur plusieurs points à l'analyse de la construction des problèmes publics de Joseph Gusfield[25] (1981) mais aussi de Howard Becker (1963) sur les entrepreneurs de morale et sur la manière dont est construite la nécessité d'intervenir sur un problème donné. Dès lors que cette nécessité est identifiée, les groupes professionnels cherchent à transformer le problème donné en juridiction. Pour ce faire néanmoins, ils doivent acquérir une légitimité, notamment auprès de l'État. Dans l'optique d'expliciter la manière dont il envisage les rapports des professions à l'État, Abbott a développé la théorie des écologies liées (Abbott 2003, 2005). Celles-ci désignent des systèmes d'acteurs indépendants mais entretenant de nombreuses interactions. Des liens multiples et de différents types – institutionnels, formels, interpersonnels – se font jour entre les acteurs de ces différentes écologies. Ces liens sont parfois renforcés par des alliances (*linkage*) entre acteurs de différentes écologies et des coalitions lorsque celles-ci sont multiples. La convergence d'intérêts et les liens entre individus appartenant à des écologies différentes explique les influences des groupes professionnels sur l'État et réciproquement.

L'approche écologique d'Abbott se rapproche de la théorie des champs de Pierre Bourdieu, avec laquelle des rapprochements ont été opérés (Morel 2010 ; Demazière et Jouvenet 2016a, 2016b). La théorie des écologies liées fait par ailleurs écho à la réflexion

[25] Abbott souligne en note 5 du deuxième chapitre de The System of professions : « *Gusfield's concept of "ownership" is cognate [littéralement "apparenté"] with my concept of "jurisdiction"* » (Abbott 1988, 332).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

programmatique proposée par Vincent Dubois dans son analyse de « *l'action de l'État comme produit et enjeu des rapports entre espaces sociaux* » (Dubois 2014). À partir du constat d'une absence presque totale du concept de champ dans l'analyse des politiques publiques, Dubois formule plusieurs propositions suggérant la portée heuristique de la notion dans cette perspective. Deux d'entre elles font écho à la théorie des écologies liées : d'une part, lorsque Dubois propose de « *considérer une politique comme l'objectivation d'un état provisoire du rapport de forces au sein du champ de luttes pour sa définition légitime* » (Dubois 2014, p. 14) ; d'autre part, dans la mesure où « *la sociologie des champs invite à rendre compte non seulement d'espaces sociaux spécifiques constitutifs de l'action publique mais aussi, plus largement, de relations entre espaces sociaux distincts en tant que l'action publique est fondée sur ces relations et contribue en retour à les structurer* » (p. 15). Si Dubois est davantage focalisé sur l'action publique et moins sur une théorie générale des relations entre champs, il apparait davantage attentif à l'expression et la transposition des rapports de force d'un champ donné au champ étatique qu'Abbott. Pour ce dernier, ce sont les alliances d'acteurs qui constituent la principale explicitation du travail de légitimation réalisé auprès de l'État, laissant de côté la dimension agonistique des rapports sociaux, rappelant par ailleurs l'opposition identifiée par Becker entre la théorie des mondes sociaux et la théorie des champs (Becker et Pessin 2006). On sera amené à discuter ces deux options – alliances et rapports de force – afin d'expliciter les modalités de la formulation de la question médicale au cœur de la question SDF.

***

L'approche de la professionnalisation proposée ici ne porte donc pas sur un groupe professionnel en particulier, mais sur une activité, ou plutôt un ensemble d'activités se rapportant à un même problème, à savoir la prise en charge des personnes sans-domicile. En réalité, cette approche reprend la perspective d'Abbott lorsque celui-ci part de la juridiction des problèmes personnels afin d'analyser les rapports entre les groupes et segments professionnels qui s'investissent dans leur prise en charge, ainsi que leur influence sur cette juridiction (Abbott 1980, 1988, 1995). De fait, différents groupes professionnels dont la professionnalisation a été bien étudiée sont investis dans ces activités. Dès lors, il ne s'agit pas de relater ces processus de professionnalisation de manière isolée, mais de montrer comment ils ont influé sur la prise en charge des personnes sans-domicile qui, en retour, a pu également contribuer à nourrir la professionnalisation de ces groupes. Ces processus s'inscrivent à des échelles et des temporalités diverses (Hénaut 2016 ; Ollivier 2016) : s'ils se jouent à l'échelle de groupes professionnels déployant un travail de visibilisation et de reconnaissance auprès de l'État, ils se déploient également au quotidien, dans l'organisation et la division du travail de prise en charge médico-psycho-sociale des personnes sans-domicile. En s'appuyant sur la théorie du système des professions d'Abbott, cette thèse entend restituer les processus qui ont mené et qui participent à la structuration contemporaine du travail de prise en charge médico-psycho-sociale

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des personnes sans-domicile. Elle cherche ainsi à répondre aux questionnements suivants : à travers quels processus, convergents et divergents, la professionnalisation de la prise en charge de la question SDF s'est-elle opérée ? Dans quelle mesure cette professionnalisation s'est-elle appuyée sur une médicalisation de la question SDF ? Comment cette médicalisation est-elle entretenue dans le quotidien de la prise en charge ? Comment les dimensions socioéducatives, socioadministratives, médicales, psychologiques s'articulent-elles dans le travail d'accompagnement ?

III. Méthodes et matériaux

La confrontation initiale au terrain a mené à une reformulation des termes de la recherche. La découverte et l'appropriation des travaux d'Abbott et des théories de la professionnalisation a contribué à problématiser cette recherche et à lui donner un cadre, afin d'identifier ce qu'il était le plus pertinent d'analyser. Pour reprendre Schwartz, « *le premier objet de l'enquête n'est pas de répondre à des questions mais de découvrir celles que l'on va se poser* » (Schwartz 2011a, 354). En ce sens précis, la démarche a reposé sur des échanges constants et multilatéraux entre enquête empirique, assises théoriques et adaptations méthodologiques, afin d'appréhender au mieux les phénomènes ayant cours dans la prise en charge (Glaser et Strauss 1967). Dans la démarche générale de l'enquête, deux perspectives ont été privilégiées : une démarche généalogique et une démarche ethnographique, leur articulation visant à analyser la manière dont les dimensions sociales et médicales de l'accompagnement se sont intriquées et sont désormais résolues par les professionnels investis dans le secteur.

1. La généalogie des frontières de la question SDF et de leurs mouvements

La première démarche d'enquête a consisté à restituer la généalogie de la formation d'une juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile en France. Par généalogie, on entend une démarche qui « *rende compte de la constitution des savoirs, des discours, des domaines d'objet, etc.* » (Foucault 2001, p. 147) et qui permette ainsi de faire « *l'histoire du présent* » (Castel 2005), c'est-à-dire de comprendre pourquoi et comment un phénomène pluriséculaire – le vagabondage – a progressivement été envisagé comme il l'est désormais – un problème public, la question SDF – devant faire l'objet d'une intervention spécifique – une prise en charge assistancielle pluridisciplinaire. Cette thèse n'est pas une thèse d'histoire ni de sociohistoire et n'utilise pas leurs méthodes propres (Noiriel 2006). Une des tâches de la sociologie étant, indépendamment des courants théoriques qui la structurent, de dénaturaliser les phénomènes qu'elle prétend étudier, on a cherché à restituer les évolutions des

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

représentations, des rapports de force et les conditions socioéconomiques et culturelles qui ont mené à la formulation de la question SDF. La démarche généalogique porte à insister sur les traits saillants de ces évolutions, en gardant en tête la ligne problématique fixée. Elle s'est articulée en deux temps. Le premier a consisté à synthétiser les études sociohistoriques qui ont analysé les évolutions de la réponse sociopolitique apportée à la pauvreté et plus spécifiquement au vagabondage, d'une part, et la structuration du champ médical, avec une focale sur la médecine sociale, d'autre part. Cette analyse met en lumière les mouvements des frontières de la prise en charge : celles qui séparent le vagabondage de l'indigence, la répression de l'assistance, l'assistance de la bienfaisance, la charité de la philanthropie, la médecine de l'hôpital, le clergé du travail social et médical, etc. L'ensemble de ces dynamiques et mouvements de frontières aboutissent à la création d'une juridiction de la prise en charge des sans-domicile, qui commence à se formaliser à partir du milieu des années 1970, puis plus nettement à partir du milieu des années 1980.

Le deuxième temps de l'analyse généalogique commence à cette période et repose cette fois sur des matériaux de première main. Il s'agit en premier lieu de rapports ou d'études, dont certains contribuent à reconceptualiser les manières d'envisager la pauvreté dans la France du dernier quart du XXe siècle, d'autres à évaluer et à mettre à l'agenda politique la santé des plus pauvres. En second lieu, des entretiens ont été menés avec des personnes investies tôt dans la prise en charge des personnes sans-domicile, et qui ont contribué à ou peuvent témoigner de la formulation initiale de la question médicale au cœur de la question SDF. Ces pionniers ont été identifiés par divers moyens. D'abord à partir des analyses d'Emmanuel Soutrenon (2005) et d'Édouard Gardella (2014a), qui ont étudié leurs écrits ; ensuite, parce qu'ils et elles ont participé à la rédaction des rapports et études analysés, ou à des groupes de travail thématiques progressivement mis en place afin d'apporter des solutions de prise en charge ; enfin, par effet « boule de neige », à partir des entretiens déjà réalisés et de l'enquête empirique, qui ont permis d'identifier un certain nombre d'acteurs investis dans le secteur dès ses débuts. Il faut préciser que les entretiens avec ces pionniers n'ont pas été anonymisés, ceux-ci étant souvent des personnages publics auteurs de rapports ou d'ouvrages sur la question. Par ailleurs, ces entretiens ont souvent été réalisés en région parisienne, tandis que le reste de l'enquête s'est déployée dans le nord de la France. De fait, si on observe un processus d'investissement quasi simultané d'acteurs civils ou associatifs sur la question SDF à différents endroits en France au milieu des années 1980, la centralité politico-administrative francilienne, la concentration des cercles d'influence et de pouvoir à Paris, la superposition partielle entre champ humanitaire et champ politique, ou encore l'histoire institutionnelle de la prise en charge du vagabondage, sont autant d'éléments qui jouent dans la publicisation du travail des acteurs franciliens plutôt que provinciaux. Ces derniers ne sont pas en reste, comme on aura l'occasion de le montrer à divers endroits de cette thèse.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Dispositifs et système de prise en charge : une ethnographie multisituée

La seconde partie de l'enquête s'appuie sur une enquête ethnographique. Celle-ci a duré environ deux ans, de manière quasi continue, entre le mois d'août 2014 et le mois d'avril 2017. Des observations ponctuelles ont également été réalisées au cours des années 2018 et 2019 afin de vérifier les résultats obtenus et de noter les éventuels changements dans l'organisation du système de prise en charge ou dans les trajectoires des professionnels interrogés. L'enquête a reposé sur des observations, des entretiens formels et des échanges informels avec les acteurs rencontrés sur les différents terrains investis, ainsi que sur la collecte de matériaux complémentaires – rapports d'activité, documents de travail. On l'a dit plus haut, l'enquête empirique s'est concentrée sur des terrains institutionnels : les structures et dispositifs du système de prise en charge. Les caractéristiques de ce système et la problématique de la professionnalisation ont déterminé les modalités de réalisation de l'enquête ethnographique. C'est la démarche générale de l'enquête qui est présentée ici. Si les informations sur les dispositifs enquêtés peuvent sembler sommaires ou parcellaires, elles sont précisées dans les différents chapitres qui analysent les matériaux de l'enquête. L'effort méthodologique n'intervient pas seulement au début de l'enquête ou de la rédaction. Il est fait d'hésitations, d'ajustements et d'impasses qui participent de l'enquête et de ses résultats.

Le premier élément qui a participé au choix des terrains tient à la population sans-domicile. On l'a dit, son recensement est complexe. Les enquêtes de l'Insee, en dépit de leurs limites méthodologiques, ont permis de cadrer *a minima* les termes du débat. Les résultats les plus intéressants sont les tendances que ces enquêtes mettent en lumière : au-delà du nombre de personnes sans-domicile ayant recours aux services d'aide spécialisés (141 500 en 2012), c'est la nette tendance à la hausse de ce nombre qui mérite d'être soulignée (+ 50 % environ, les champs d'étude étant légèrement différents entre 2001 et 2012). Trois autres évolutions importantes sont à noter : la féminisation de la population sans-domicile, la forte augmentation du nombre de familles et d'enfants à la rue, enfin la forte hausse du nombre de personnes nées à l'étranger (Yaouancq et Marpsat 2016). Autrement dit, la figure classique du clochard (Vexliard 1957 ; Mucchielli 1998 ; Gaboriau 1993), si elle incarne encore un archétype de la question SDF dans les systèmes de représentation, est largement rattrapée par les nouvelles figures de la pauvreté (Paugam 1991). Cette évolution a des conséquences sur l'organisation des dispositifs de prise en charge et sur le travail qui s'y déploie. Il aurait été possible de choisir une entrée par *public* ou par *population* dans l'optique de saisir les modalités spécifiques d'accompagnement induites. À plusieurs reprises au cours de nos échanges, les professionnels rencontrés ont ainsi souhaité savoir sur quel « *public* » portait cette thèse, suggérant que ce critère de distinction faisait sens dans leurs propres représentations. De fait, l'évolution du profil

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des personnes sans-domicile est une préoccupation marquée de ces professionnels, qui sont amenés à modifier leurs pratiques afin de les adapter aux diverses figures de la précarité. Marine Maurin (2017b) a par exemple mis en lumière à quel point le genre des usagers comme des professionnels détermine les relations d'accompagnement. Renoncer à une entrée par population a pourtant permis de se concentrer sur le travail lui-même et d'observer les adaptations de certains dispositifs inconditionnels et des professionnels qui y travaillent à la diversité et à l'évolution des publics qu'ils accueillent, sans délimiter *a priori* le champ de l'enquête. Ce faisant, les catégorisations opérées par les professionnels dans le cadre de leur travail ont pu être analysées, de même que la diversité des pratiques d'accompagnement. On le verra néanmoins, une partie des éléments de cette thèse, et notamment ceux qui touchent au système d'hébergement et sa régulation, demeurent centrés sur les personnes isolées plutôt que les familles, et plus particulièrement sur les hommes seuls. Ce biais s'explique en partie par la permanence, de moins en moins assurée néanmoins, de la figure du sans-domicile fixe comme homme seul, dans les représentations des professionnels qui y travaillent mais aussi sans doute en partie, dans mes propres représentations de chercheur intégré aux dispositifs étudiés. De fait, la différenciation des sexes et des comportements attendus de la part des usagers comme des professionnels se retrouve, selon des modalités différentes néanmoins, que les dispositifs d'accompagnement mettent en œuvre une mixité de genre des usager-e-s ou non (Marcillat et Maurin 2018).

Une seconde caractéristique déterminante du système de prise en charge est sa dimension foisonnante et segmentée (Brousse 2006). Julien Damon évoque son « *caractère éclaté, et à certains égards baroque* », pour résumer la sédimentation des dispositifs successivement mis en œuvre afin de répondre à la question SDF à partir des années 1980 (Damon 2002a, p. 190). La prise en charge s'est longtemps structurée autour du système d'hébergement, articulé à des mesures de réinsertion sociale à partir des années 1970 et plus encore à partir des années 1990. Néanmoins, depuis la fin des années 2000 et la reformulation de la question SDF comme une facette de la crise du logement, le recours aux solutions de logement plutôt que d'hébergement, et les sorties de ce dernier vers le premier se sont affirmés comme des priorités de l'action publique sur le secteur (Pinte, Rougier, et Chambaud 2008 ; Rougier 2009 ; Lanzaro 2013, 2014, 2016). Ainsi, au sein du système de prise en charge, deux paradigmes coexistent désormais : le paradigme de l'*Accueil-hébergement-insertion* (AHI), s'est progressivement structuré à partir des années 1970 et consiste en une prise en charge évolutive des personnes sans-domicile, ces dernières étant amenées à passer par plusieurs dispositifs avant d'atteindre le logement, voire l'emploi. Cette organisation lui vaut le surnom de modèle « *en escalier* », chaque dispositif formant symboliquement une nouvelle marche à franchir, et induisant de nombreux effets de palier évoqués dans ce travail. Le paradigme du *logement d'abord* a quant à lui été développé plus récemment, à la faveur de sa diffusion au

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

sein de certains États de l'Union européenne, et importé de pays anglo-saxons (Pleace 2013). Il consiste à donner directement accès au logement aux personnes qui en sont privées, préalablement à l'entame d'autres modalités d'accompagnement, de réinsertion ou de soins. En pratique, ces deux paradigmes ne sont pas exclusifs mais cohabitent, se superposent et s'articulent. Néanmoins, le logement d'abord est beaucoup plus récent et demeure pour l'heure relativement discret au sein du système de prise en charge (Rougier, Tardivon, et Waquet 2015). Les gouvernements en place et récents ayant fortement insisté sur cette priorité, on peut faire l'hypothèse que ce paradigme s'affirmera dans les années à venir (Chayata et Gueguen 2016). Durant l'enquête, le principe du logement d'abord demeurait peu visible[26], et l'analyse s'est donc centrée sur des dispositifs du secteur de l'accueil-hébergement insertion (AHI).

Dans l'optique d'analyser les processus de professionnalisation et la division du travail de prise en charge, on a donc cherché à « *déplier* » (Juston 2017b) le système AHI, en multipliant les points d'observation et les matériaux d'analyse, afin d'en avoir une image aussi englobante que possible. Dans le cadre d'une recherche sur l'expertise médico-légale en France, Romain Juston défend une « *démarche en mouvement entre différents sites du dispositif étudié* » qui cherche à « *appréhender globalement l'activité expertale en France en enquêtant dans des services aussi variés que possible et [répond] à une volonté de suivre le travail des experts du laboratoire au tribunal* » (2017b). Un projet relativement proche a guidé cette enquête. Juston considère les sites qu'il étudie comme participant d'un seul et même dispositif – la médecine légale – au sens qu'en donnent Janine Barbot et Nicolas Dodier, soit comme « *une séquence préparée d'opérations qui visent, pour les unes à qualifier des états de choses et pour les autres à les transformer* » (2014, p. 408 ; Dodier et Barbot 2016). On se démarque de cette perspective, en considérant chacune des structures investies dans le cadre de l'enquête de terrain comme des dispositifs originaux qui, envisagés ensemble, font système. Chaque dispositif est appréhendé comme une institution ayant ses règles, son fonctionnement et ses visées propres (Hughes 1942), mais aussi comme une partie d'un tout qui, pour reprendre une métaphore holistique, constitue davantage que la somme de ces dispositifs (Durkheim 1893). Sans présumer de son homogénéité, ce tout présente une cohérence formelle qu'il s'agit d'analyser, pour mieux la discuter. Plutôt qu'une démarche comparative mise en œuvre auprès de dispositifs similaires ou remplissant formellement la même fonction, on a ainsi cherché à diversifier les types de dispositifs investis.

Troisième élément déterminant dans le choix des terrains : les modalités de mise en œuvre de l'action sociale en France, et le rapport à l'État des dispositifs spécialisés et des professionnels qui y travaillent. La prise en charge des personnes sans-domicile est très

[26] En dehors du dispositif « Un chez-soi d'abord ». Sa visée expérimentale a impliqué et reposé sur un dispositif d'évaluation particulièrement encadré, et par conséquent s'est révélé difficilement accessible.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

largement mise en œuvre par des acteurs associatifs, qui assurent une mission d'intérêt général qui prend parfois la forme d'une délégation de service public (Borgetto et Lafore 2013). Cette situation est liée à l'histoire de la prise en charge de la question sociale en France (Castel 1995 ; Fretel 2007 ; Lafore 2011), et à l'investissement précoce d'acteurs privés non-lucratifs, religieux ou philanthropiques, dans ce secteur (Brodiez-Dolino 2013 ; Brodiez-Dolino et al. 2014). De fait, les conditions de réalisation de cette prise en charge ont connu, comme l'ensemble du secteur associatif, des évolutions considérables au cours des trente dernières années (Hély 2009 ; Hély et Simonet 2013). D'un point de vue institutionnel, la caractéristique principale de la prise en charge reste néanmoins que celle-ci est assurée par les acteurs associatifs mais coordonnée, financée et pilotée par l'État et les collectivités locales. Les acteurs associatifs sont ainsi opérateurs de l'action publique, c'est-à-dire à la fois récepteurs, mais aussi traducteurs et acteurs de celle-ci (Dubois 2017). Ce constat amène à interroger le statut des professionnels du secteur et le rapport qu'ils entretiennent à l'État et à l'action publique. Par ailleurs, il convient de prendre en compte le fait que, au moins depuis les premières lois de décentralisation et pour ce qui concerne ses dimensions sociales et sanitaires, l'action publique est territorialisée et localisée. Le département est compétent en matière d'affaires sociales (Lafore 2004, 2013), la région en matière d'affaires sanitaires. Cette délégation de compétences reste partielle (Rolland et Pierru 2013 ; Pierru et Rolland 2016), mais les échelles et les acteurs locaux sont les interlocuteurs de référence dans la prise en charge. À une échelle plus fine encore, dans certains départements fortement peuplés au sein desquels les besoins en termes de places d'hébergement et plus largement de dispositifs d'accueil sont élevés, la prise en charge est assurée à l'échelle d'un territoire infradépartemental, identifié comme un arrondissement et qui fait référence pour la mise en œuvre de l'action sociale et médico-sociale.

C'est cet échelon qui s'est révélé le plus pertinent afin de réaliser l'enquête, dans la mesure où les professionnels rencontrés et les dispositifs investis s'y sont constamment référé. Des réseaux d'acteurs s'y organisent et s'y fédèrent, contribuant à dessiner un système local de prise en charge des personnes sans-domicile – une écologie. Sur le terrain, l'évocation de l'arrondissement comme territoire de référence et l'observation de systèmes d'interdépendances entre acteurs associatifs et publics à cette échelle, témoignent de l'existence d'un espace, à la fois géographique, social et symbolique (Bourdieu 1994), dont les frontières sont nettement perçues par les acteurs de la prise en charge. Ces frontières délimitent les prérogatives des acteurs rencontrés et il est donc apparu pertinent de concentrer l'analyse au sein de cet espace, afin d'en observer l'organisation, la cohérence, les mécanismes et les rapports professionnels qui le structurent. L'enquête de terrain a été réalisée dans le nord de la France, principalement sur le territoire de la métropole lilloise (encadré I.1).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré I.1 : les modalités d'anonymisation et de pseudonymisation de la recherche.

En précisant que l'enquête a principalement porté sur le nord de la France et au sein de la métropole lilloise, plusieurs éléments d'analyse relatifs à l'enquête deviennent facilement identifiables, rendant particulièrement aigu le dilemme entre « désidentification » et « singularisation » de la recherche (Roux 2010). Il convient de préciser ce choix, et plus largement les modalités d'anonymisation mises en œuvre dans le cadre de cette thèse, à trois échelles différentes, chacune obéissant à des principes différents (Guenther 2009) : celle du territoire étudié, celle des associations et dispositifs observés, enfin celle des personnes interrogées.

Concernant le territoire : cette enquête a été financée à hauteur de 50 % par l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, par le biais d'un contrat doctoral fléché sur l'axe prioritaire de recherche « Santé ». Ce financement a impliqué d'ancrer l'enquête sur le territoire de la région, limitant *de facto* son cadre de réalisation. L'ancrage métropolitain a par ailleurs été choisi en raison du maillage associatif dense et des nombreuses initiatives qui s'y observent, la question SDF restant essentiellement une question urbaine.

Concernant les structures investies : la plupart des associations et dispositifs étudiés sont anonymisés ou pseudonymisés. De fait, certains éléments circonstanciés sont susceptibles de faciliter leur identification. Dans un cadre d'enquête principalement associatif, donc largement dépendant des pouvoirs publics et de leurs financements, cette question dépasse la seule dimension éthique et devient un enjeu économique, donc politique. Dans cette optique et dans l'éventualité où des situations rapportées ici se révélaient susceptibles de nuire aux associations qui ont accueilli cette recherche, il apparait nécessaire de rappeler deux éléments : d'une part, la très grande majorité des matériaux recueillis et analysés dans cette thèse ne nous semblent pas de nature à nuire à ces structures, mais témoignent du travail considérable réalisé par ces acteurs ; d'autre part, cette mission leur est déléguée par l'État avec des moyens dont divers acteurs, y compris étatiques, soulignent régulièrement le manque, voire la pénurie. Autrement dit, les structures d'action sociale et médico-sociale font beaucoup avec peu, et il nous semble que c'est ce peu qu'il convient de mettre en question, plutôt que les difficultés ou les échecs que peuvent rencontrer les acteurs de la prise en charge, amenés à déployer des stratégies d'adaptation et de contournement afin de réaliser leur travail.

Une exception au principe d'anonymisation des structures doit être précisée : l'une des associations observées a joué un rôle important dans la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile à l'échelle locale comme nationale. Il s'agit de l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse (Abej). Afin de restituer cette influence depuis les années 1980, l'Abej n'a pas été anonymisée, en accord avec les termes proposés aux dirigeants associatifs dans le cadre d'une convention de recherche (annexe I.1).

Enfin, concernant les personnes interrogées : deux situations doivent être distinguées. Celle d'acteurs revendiquant, le plus souvent avec fierté, leur influence sur la structuration du système de prise en charge contemporain : bien que l'anonymat leur ait formellement été proposé, ces personnes l'ont décliné. Il s'agit toujours de pionniers, que l'on retrouve principalement dans le second chapitre de cette thèse. Quant aux personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête ethnographique, toutes sont pseudonymisées ou anonymisées – lorsqu'un pseudonyme ne suffirait pas à dissimuler l'identité de ces personnes. On utilise alternativement un simple prénom, ou un prénom et un patronyme, selon les modalités d'identification utilisées par les professionnels eux-mêmes à propos de leurs collègues : comme l'a souligné Baptiste Coulmont, ces usages divers sont des indices de la position occupée dans l'espace social ou, comme ici, dans la division du travail, par les personnes qui nomment et celles qui sont nommées (Coulmont 2017). Ainsi, on verra qu'aucun travailleur social n'a de patronyme, contrairement aux encadrants et à certains professionnels de santé : alors que les patronymes de ces derniers sont couramment répétés et connus de tous, ceux des premiers n'ont jamais été entendus au cours de l'enquête. Concernant les usagers, les appellations utilisées par les professionnels sont systématiquement reproduites.

Sur le territoire étudié se trouvent de nombreuses associations investies dans l'accompagnement et le soin des personnes sans-domicile. Cette offre institutionnelle correspond à une demande elle-même importante, liée aux caractéristiques socioéconomiques

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

et historiques de la région, à sa situation géographique et aux flux de personnes et de biens qui la traversent (Schlegel 2013). À titre indicatif, on peut préciser qu'en 2017, environ 10 000 personnes ont sollicité le 115 en charge de la veille sociale sur ce territoire. On y trouve 18 associations qui portent 73 établissements d'hébergement, au sein desquelles se répartissent environ 3 600 places pour personnes seules, familles et couples. S'il est impossible de déduire par une simple soustraction le nombre de places manquantes, ces chiffres témoignent d'une situation de pénurie qui n'a rien de conjoncturel.

L'enquête se veut transversale, au sens où elle vise, par la multiplication des points de vue et des matériaux, à saisir d'une façon aussi large que possible un phénomène complexe. En circulant entre différents dispositifs et en gardant en tête les réquisits propres au travail ethnographique (Schwartz 2011a), notamment en termes d'investissement personnel et prolongé sur le terrain, de réflexivité sur les effets de la présence de l'observateur sur les situations qu'il cherche à saisir, ou de contrôle et de croisement des données collectées, il s'est agi de restituer les maillons et les mécanismes du système de prise en charge, la division du travail qui y prévaut, les relations d'interdépendance entre dispositifs et entre professionnels qui y travaillent. Quatre ensembles de dispositifs ont été investigués et sont présentés de façon synthétique dans le tableau I.1 :

- **Un accueil de jour, auquel est articulé un centre de santé**. L'accueil de jour donne accès, en journée, à un ensemble de prestations administratives, éducatives, d'hygiène, ou simplement à la possibilité de se mettre à l'abri et de se reposer. Le centre de santé, qui assure lui-même entre quinze et vingt consultations médicales par jour.
- **Deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)** assurent une double fonction d'hébergement et de réinsertion. Chaque CHRS accueille sur site de 70 à 80 personnes, et environ 60 à 70 autres à l'extérieur, en « *diffus* ». Tous deux accueillent par ailleurs des dispositifs de santé : quelques places d'hébergement médicalisées pour l'un, du type Lits-halte-soins-santé (LHSS) ; des permanences médicales pour l'autre.
- **Les postes de réception d'appels au 115, les maraudes du Samu social, et le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)**. Ces trois dispositifs assurent la veille sociale et la régulation du système local de prise en charge. À la veille sociale est articulée une veille sanitaire assurée par le travail infirmier et une équipe-mobile-psychiatrie-précarité (EMPP).
- **De nombreux temps de réunion, de commissions et de formation**. En particulier, ont été investis les temps d'échanges organisés dans le cadre de la régulation du système d'hébergement, et à l'initiative d'un réseau de santé consacré à la thématique de la précarité.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

<u>Tableau I.1 :</u> récapitulatif des principaux terrains investis au cours de l'enquête.

	Accueil de jour ; centre de santé	**CHRS ; LHSS**		**115 ; Samu social ; EMPP**	**SIAO ; réseau santé-précarité**
Fonctions dans la prise en charge	Accès aux droits et aux soins. Dispositifs à bas seuil, règlements souples.	Mise à l'abri, réinsertion et soins. Hébergement : mise à l'abri à plus ou moins long terme ; travail éducatif sur l'autonomie. LHSS : hébergement avec suivi médical quotidien.		Veille sociale et sanitaire. 115 : centre d'appel, réception des demandes d'hébergement. Maraudes : travail d'« aller vers » les personnes les plus marginalisées. EMPP : maraudes psychiatriques.	Régulation du système d'hébergement. Articulation du soin et du travail éducatif. Formation continue des professionnels du secteur.
		CHRS 1	**CHRS 2**		
Principales caractéristiques	Ouvert en journée. Accueil inconditionnel pour les plus de 25 ans. 15 consultations médicales par jour. Permanences psychologiques addictologiques.	Hébergement de personnes isolées/couples. Chambres seules. 110 places sur site dont 8 pour des femmes. Une trentaine en diffus. Permanences médicales, psychologiques addictologiques	Hébergement pour hommes. Chambres doubles. 95 places sur site + 5 places LHSS. 82 places en diffus. Permanences psychologiques addictologiques	115 : accueil téléphonique de 7h à 23h30. De 380 à 520 appels par jour selon les mois. Maraudes : accompagnement en rue. Coordination avec les structures d'accueil et d'hébergement. EMPP : soins liés à la santé mentale en rue et en CHRS	SIAO : environ 12 000 personnes en file active. Distinction personnes isolées/familles Réseau santé-précarité : lieu d'échange entre professionnels de santé et du travail social. Formation des professionnels.
Période d'enquête	Prise de contact en juillet 2014. Premières observations en novembre 2014. Fin des observations en avril 2015.	Prise de contact et début des observations en septembre 2015. Fin des observations en janvier 2016	Prise de contact et début des observations en septembre 2015. Fin des observations en février 2016	Premiers contacts et observations en février 2015. Immersion à partir de mars 2016. Fin des observations en avril 2017	Premiers contacts et observations en mai 2014. Fin des observations en avril 2017.
Mode d'observations et matériaux recueillis	Enquête de 6 mois, 3 jours par semaine. Observation directe et participante et entretiens. Recueil de documents et consultation d'archives associatives.	Enquête de 5 mois, 4 jours par semaine. Observation directe et participante et entretiens. Recueil de documents de travail.		Enquête de 8 mois, de 1 à 3 jours par semaine, puis présence diffuse. Observation directe et participante. Recueil de documents et création d'une base de données (n= 202 lignes).	Une vingtaine de commissions SIAO + une trentaine de réunions du réseau observées entre 2015 et 2019. DU suivi entre janvier et août 2018.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

3. Ethnographier le travail, ethnographier l'action sociale

Sur ces différents terrains, différents matériaux ont été recueillis. En premier lieu, on a cherché à observer et à analyser le travail de prise en charge (Avril, Cartier, et Serre 2010), c'est-à-dire à regarder ce que font au jour le jour, de façon répétitive ou à l'inverse exceptionnelle, les différents professionnels investis dans le secteur afin d'identifier l'organisation et la division du travail en vigueur au sein des dispositifs enquêtés, les temps d'effervescence ou de ralentissement de l'activité, soit ce que Hughes nomme le « *social drama of work* » (Hughes 1976). Il s'est notamment agi d'identifier les processus de délégation ou à l'inverse d'appropriation de certaines tâches (Hughes 1962 ; Bucher et Strauss 1961 ; Strauss 1985), ainsi que les écarts entre travail prescrit et travail effectivement réalisé, à travers la comparaison entre des procédures souvent répétées ou formalisées et mises par écrit et la manière dont les professionnels s'approprient ces consignes. Un nombre important de documents de travail ont ainsi été collectés, dont certains sont placés en annexe de cette thèse.

Plus spécifiquement, par rapport à la problématique de la recherche, une attention particulière a été accordée à ce que l'on propose d'appeler les *passages de relais*, soit les moments, les endroits et les tâches identifiés par les professionnels comme relevant ou non de leur compétence et faisant par conséquent l'objet d'une délégation ou d'une appropriation. Ces passages de relais impliquent en effet l'identification plus ou moins explicite de frontières juridictionnelles, obéissant le plus souvent à des logiques de distinction statutaire ou disciplinaire. Ils permettent de saisir les dynamiques qui structurent la prise en charge (Arnal 2015b). Dans cette même optique, les désaccords et conflits entre professionnels ou avec les usagers, qu'ils soient ouverts et exprimés en public ou larvés et saisis de manière plus informelle (Corbin et Strauss 1993), se sont révélés particulièrement intéressants puisqu'ils pouvaient traduire des définitions divergentes ou concurrentes des problèmes et des manières de le résoudre, soit « *des variations des pratiques de travail et des rapports au travail entre groupes professionnels* » (Avril, Cartier, et Serre 2010, pp. 75 et suivantes ; Paillet 2007). C'est également pour cette raison que l'on a prêté une attention particulière aux temps de réunion : ils étaient en effet particulièrement propices à l'observation des prises de position des différents professionnels et de la formation d'alliances ou de coalitions plus ou moins éphémères, avec des effets sur le travail de prise en charge mais aussi sur la formation d'une culture professionnelle plus ou moins partagée par les différents groupes (Serre 2001, 2009; Paillet 2009).

La seconde perspective ethnographique adoptée a consisté à mettre en œuvre une ethnographie critique de l'action sociale, inspirée de la démarche proposée par Vincent Dubois (2012). L'analyse de Dubois porte sur les dispositifs d'aide sociale et plus particulièrement sur les indemnisations du chômage et des allocations familiales, ainsi que sur le contrôle dont font

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'objet leurs bénéficiaires. Les situations observées dans le cadre de cette thèse sont sensiblement différentes, puisqu'elles relèvent pour l'essentiel de l'*action* sociale et médico-sociale. Or, si aide et action sociales « *renvoient à des prestations matérielles ou monétaires allouées sans contrepartie du bénéficiaire* » (Borgetto et Lafore 2013, p. 77), elles se différencient par leur cadre juridique et les caractéristiques qui en résultent. L'aide sociale légale renvoie à une relation de droit du bénéficiaire et d'obligation de la collectivité : les minima sociaux, ou l'aide sociale à l'hébergement en relèvent. À l'inverse, l'action sociale a une dimension plus contingente. Elle supplée l'aide sociale à ses limites en s'articulant étroitement à elle : le travail éducatif de socialisation à l'autonomie et de réinsertion s'y rattache. De sorte que « *la séparation entre les deux est relative car elles concernent les mêmes catégories de personnes et des actions similaires* » (Barbier et Théret 2004). Une différence marquée entre ces deux facettes de l'assistance se fait jour : comme on l'a déjà souligné, les acteurs associatifs sont largement investis dans le secteur de l'action sociale et moins dans l'aide sociale, essentiellement mise en œuvre par les pouvoirs publics.

Le déplacement de la focale de l'aide à l'action sociale se révèle heuristique et nourrit le projet d'une description attentive aux « *différentiations internes de l'État social* » (Dubois 2012b). Il s'agit ainsi de montrer les spécificités de ces modalités de mise en œuvre de l'action publique, où les salariés des dispositifs investis se muent en passeurs de l'action publique. Cette tendance est particulièrement visible au sein de certains des dispositifs observés, notamment les accueils de jour, où les assistantes sociales déploient des « *accompagnements RSA* » par ailleurs réalisés par des services municipaux ou départementaux, en lien étroit avec d'autres institutions d'aides sociales telles que les Caisses d'allocations familiales (CAF) ou les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Un autre exemple emblématique s'observe avec le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) : piloté par un groupement d'associations dans le cas étudié, il l'est, sur d'autres territoires, par les services déconcentrés de l'État. Bien que salariés associatifs, les travailleurs sociaux du SIAO sont en contact quotidien avec les services de l'État. Ils sont pris dans des injonctions contradictoires, génératrices d'incertitudes et de paradoxes (Dubois 2009) entre respect du principe d'inconditionnalité de l'accueil, d'une part, et pénurie des places d'hébergement, d'autre part. En résultent un traitement discrétionnaire et hyperindividualisé des demandes d'hébergement, ainsi qu'une recatégorisation des demandeurs. Des mécanismes proches ont été bien étudié par les analyses sur les relations de guichet (Dubois 1999 ; Spire 2005) et la *street-level bureaucracy* (Lipsky 1980 ; Weill 2014), sur l'accueil de première ligne ou sur les relations d'assistance des usagers des dispositifs d'aide sociale (Siblot 2006 ; Martin 2016). Cette thèse s'inspire de ces travaux, mais s'en démarque en partie quant au type de situations de travail observées. En effet, un nombre important de celles-ci ne relèvent pas principalement des interactions en face à face entre un professionnel et un usager, mais du travail opéré en amont et en aval par les professionnels de la prise en

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

charge, individuellement et collectivement, afin d'assurer les conditions de cette prise en charge. En somme, ce sont les coulisses des relations d'accompagnement et de soin que l'on propose ici d'éclairer. L'approche croisée d'une ethnographie du travail et d'une ethnographie critique de l'action sociale se révèle alors particulièrement heuristique pour observer la délégation de l'action publique aux acteurs associatifs, ces derniers étant amenés à réaliser le travail des pouvoirs publics, notamment en termes de maintien et de reproduction de l'ordre institutionnel (Dubois 2017), sans incarner ni représenter l'État.

Enfin, dans l'optique de compléter et de nourrir l'analyse de l'articulation de ces deux focales dans la démarche de l'enquête, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des acteurs investis dans le secteur. Ils ont principalement été réalisés sur le lieu de travail des personnes interrogées : s'il a été globalement facile d'obtenir l'accord des enquêtés pour ces entretiens, il a en revanche été plus complexe et beaucoup plus rare de les mener en dehors du lieu de travail. Corrélativement, la plupart des professionnels interrogés n'étaient pas à l'aise avec le fait de dépasser le seuil symbolique d'une heure d'entretien pendant leur temps de travail. Diverses raisons justifient cette difficulté : au sein de certains dispositifs, les horaires de travail d'internat rendaient peu propices ou fastidieuses des prises en rendez-vous extérieures ; certains enquêtés ne souhaitaient pas nécessairement discuter de leur travail en dehors de celui-ci ; d'autres considéraient ces entretiens comme des tâches qu'ils pouvaient difficilement contourner dès lors que leur direction avait autorisé leur réalisation. De ce point de vue, si elles existent, les « *bonnes conditions* » de réalisation de l'entretien ethnographique n'ont pas toujours pu être respectées (Beaud 1996). La grille d'entretien a donc été adaptée à ces contraintes et construite autour de trois dimensions : un premier ensemble de questions, élargi au fur et à mesure de l'enquête, a visé à restituer les parcours professionnels des enquêtés et leurs motifs d'engagement dans le secteur. Il s'agissait de mener un entretien biographique (Demazière et Dubar 1997a) : cette partie s'est révélée très fructueuse puisqu'elle a mis en lumière plusieurs de points communs aux carrières des professionnels du secteur (Dubar et Nicourd 2017). Les deux autres parties de l'entretien portaient sur le travail et ses représentations : l'une a été centrée sur le travail réalisé par la personne interrogée, le sens qu'elle lui donne, les comparaisons qu'elle peut opérer avec d'autres contextes de travail ou encore les évolutions observées entre le moment de son arrivée et le moment de l'entretien ; l'autre a interrogé plus spécifiquement les rapports entretenus d'une part avec les usagers, d'autres part avec les autres professionnels et dispositifs de prise en charge (annexe I.2).

Le tableau I.2 synthétise les entretiens réalisés au cours de l'enquête selon le sexe des enquêté-e-s, leur groupe et leur segment professionnel d'appartenance. Les professionnels ont été répartis dans le tableau selon leur position dans la division du travail observée au cours de l'enquête. De sorte, par exemple, qu'un individu titulaire d'un diplôme d'éducation spécialisé peut s'y trouver identifié comme moniteur-éducateur.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tableau I.2 : répartition des entretiens selon le sexe, le groupe et le segment professionnel

	Homme	Femme	Total
Travail social			
Moniteur-trice-s-éducateur-trice-s	5	3	8
Éducateur-trice-s spécialisé-e-s	5	13	18
Assistantes sociales	0	3	3
Cadres du travail social	7	2	9
Stagiaires	0	2	2
Total	**17**	**23**	**40**
Travail médical			
Médecins généralistes	7	1	8
Psychiatres	4	3	7
Total	**11**	**4**	**15**
Travail paramédical			
Infirmières	1	3	4
Infirmiers psychiatriques	3	0	3
Infirmières en addictologie	0	1	1
Psychologues	0	1	1
Cadres de santé	0	3	3
Total	**4**	**8**	**12**
Entretiens exploratoires et complémentaires[27]	**6**	**4**	**10**
Totaux généraux	**38**	**39**	**77**

Au total, 77 entretiens ont été réalisés, 38 avec des hommes, 39 avec des femmes. On observe des effets de genre particulièrement marqués au sein de la population interrogée, tels que la surreprésentation des femmes parmi les professions paramédicales – en dehors de la spécialisation psychiatrique – et aux postes d'encadrement de la santé (Divay 2018) ; ou encore une surreprésentation dans les métiers du travail social mais une sous-représentation dans les postes d'encadrement (Bessin 2009). À l'inverse, les hommes sont surreprésentés parmi les professions médicales, particulièrement valorisées dans le travail de prise en charge, ainsi que dans les postes d'encadrement.

40 entretiens ont été réalisés avec des professionnels du travail social : c'est nettement plus que les 15 entretiens avec des professionnels du travail médical et que les 12 autres avec les professionnels paramédicaux. Sans prétendre à une représentativité statistique, ces écarts

[27] Quatre chargé-e-s d'étude ou de recherche, un dirigeant associatif, une représentante de l'État et deux membres fondateurs d'un collectif d'anciens sans-domicile ont ainsi été interrogé-e-s.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

traduisent l'état du système professionnel, où les travailleurs sociaux sont le groupe professionnel numériquement majoritaire. En effet, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) recense, en 2011, 51 200 travailleurs sociaux dans le secteur des « *difficultés sociales et de l'aide à l'enfance*[28] » (Marquier 2014), dont près des deux tiers sont des éducateurs spécialisés (26 300) ou des moniteurs-éducateurs (11 100), loin devant les cadres de l'intervention socioéducative (4 900) et les assistantes de service social (1 400). Dans le cadre du dénombrement des professionnels de santé par la DREES, la segmentation des contextes de travail diffère, ce qui rend la comparaison en partie caduque. On peut néanmoins préciser qu'on dénombre en 2018 près de 3 000 médecins et 7 500 infirmières en centre de santé, 600 médecins et 780 infirmières en établissement d'hébergement et de réinsertion, et 150 pour 1150 infirmières en association ou en organisme humanitaire, qui sont les principales configurations de travail rencontrées au cours de l'enquête[29]. Les professionnels de santé sont donc nettement moins nombreux que les travailleurs sociaux, ce qu'il conviendra d'analyser au regard de l'hypothèse de médicalisation qui structure cette thèse.

IV. Annonce de plan

La thèse se compose de trois parties. La première est divisée en deux chapitres et propose une analyse généalogique de la formation du système professionnel de prise en charge des personnes sans-domicile en France. Le **premier chapitre** restitue les évolutions croisées de la prise en charge de la pauvreté et en particulier du vagabondage, d'une part, du champ médical et de la médecine sociale, d'autre part. Archétypes des mauvais pauvres, les vagabonds sont longtemps inscrits du côté répressif du traitement de la question sociale, avant que leur prise en charge n'évolue lentement au cours du XXe siècle. Quant au champ médical, la technicisation croissante des soins contribue à ce que l'hôpital, pendant longtemps institution emblématique de prise en charge de la pauvreté, devienne une institution médicale par excellence, en partie oublieuse de ses missions sociales originelles. Le **chapitre 2** est consacré à l'analyse de la formation d'une juridiction pluridisciplinaire de prise en charge des personnes sans-domicile. Alors que les situations de pauvreté tendent à s'inscrire dans le paysage socioéconomique français, les plus démunis sont de plus en plus exclus du système de santé de droit commun. Plusieurs *questions médicales* se font jour, entendues comme des préoccupations autour des liens entre exclusion et santé – somatique et mentale – qui justifient l'investissement

[28] La DREES ne distingue pas entre ces deux sous-secteurs qui, même pris ensemble, sont minoritaires parmi les 727 000 travailleurs sociaux, hors particuliers employeurs (473 700 assistantes maternelles, aides à domicile, etc.). Les secteurs qui emploient le plus sont la dépendance (383 400) et le handicap (122 800).

[29] Voir les données disponibles en ligne sur le site de la DREES : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx, consulté le 30 mai 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

croissant des professionnels de santé dans la structuration et le développement d'un espace de plus en plus spécialisé de prise en charge des personnes sans-domicile. Au tournant des années 200, cet espace se stabilise et forme une réponse formellement cohérente à la question SDF.

La deuxième partie de la thèse est composée de trois chapitre et consacrée aux principes de vision et de division du travail de prise en charge médico-psycho-sociale des personnes sans-domicile. Le **chapitre 3** restitue la professionnalisation de l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse, investie depuis les années 1980 dans la prise en charge des sans-domicile. On propose ensuite une focale sur son accueil de jour et son centre de santé, deux de ses dispositifs emblématiques. Inconditionnel, l'accueil de jour est une porte d'entrée dans le système de prise en charge et un dispositif de captation de certains publics par ailleurs éloignés de ce système. Les questions médicales y sont très présentes et fortement intriquées avec le travail d'accompagnement social. Le **chapitre 4** est consacré à deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). La fonction d'hébergement est au cœur du système de prise charge et constitue la réponse la plus emblématique, la plus médiatisée aussi, à la question SDF. Cette fonction est néanmoins étroitement articulée à une visée de réinsertion sociale, qui doit être atteinte par un travail d'accompagnement individuel et collectif. Ici encore, les questions médicales des personnes hébergées sont très présentes et fréquemment évoquées, les deux CHRS accueillant des dispositifs d'accès aux soins (permanences de soin ou d'accompagnement psychologique, places d'hébergement médicalisées). Le **chapitre 5** est consacré aux dispositifs de veille du système de prise en charge, numéro gratuit du 115 et maraudes. Alors qu'ils sont envisagés comme des dispositifs d'urgence sociale, ils assurent en réalité un travail d'accompagnement et de liaison à long terme avec les personnes dans la rue. La veille sociale se double en outre d'une veille sanitaire mise en œuvre par des professionnels et dispositifs de santé, somatique et mentale, formant un continuum entre *care* et *cure*.

La troisième partie de cette thèse, composée de deux chapitres, interroge la question des frontières professionnelles et juridictionnelles qui structurent la prise en charge. Le **chapitre 6** est consacré à l'étude d'un service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), dispositif créé au début des années 2010 dont on montre qu'il a eu des effets importants en termes de réorganisation du secteur. En visant à réguler le système de prise en charge des personnes sans-domicile et plus particulièrement le système d'hébergement, il a introduit des pratiques professionnelles nouvelles, amenées à se diffuser auprès des acteurs historiques du secteur, qui y opposent des résistances diffuses. Celles-ci se traduisent notamment, dans un contexte de pénurie structurelle du nombre de places d'hébergement, par des catégorisations des demandeurs, qui aboutissent à la sélection de ces derniers alors qu'est supposé prévaloir le principe d'inconditionnalité de l'accueil. Le **septième et dernier chapitre** est centré sur les processus de resocialisation à l'œuvre dans les différents espaces de travail et de rencontre des professionnels de la prise en charge. Ces processus mènent au partage de pratiques, de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

représentations et de catégories d'entendement, autrement dit à la formation et à la diffusion d'une culture professionnelle commune, dont on montre qu'elle est marquée par des traits médicalisants et psychologisants. Parce que cette culture commune rappelle chaque groupe professionnel à son domaine de compétences propre, elle tend finalement à renforcer les frontières et les statuts professionnels en vigueur dans la division du travail.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Première partie. La formation du système de prise en charge des personnes sans-domicile

Pourquoi, comment et à partir de quand la question SDF a-t-elle fait l'objet d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ? Plusieurs travaux ont apporté des éléments de réponse en analysant les origines de la prise en charge des personnes sans-domicile sous différents angles : celui de la construction d'un problème social (Pichon et al. 2016), de sa mise à l'agenda politique suite au ciblage de plus en plus spécifique dont il fait l'objet (Damon 2002a) et de la structuration d'un ensemble de politiques publiques organisées autour des temporalités de l'accompagnement (Cefaï et Gardella 2011 ; Gardella 2014a) ; celui de la professionnalisation du travail social (Ion et Tricart 1985; Aballéa 1996, 2000; Ravon et Ion 2012), de son investissement croissant au sein des centres d'hébergement (Alfandari et Maurel 1996 ; Bregeon 2008), et du déploiement des dispositifs d'insertion par l'activité économique (Autès, Bresson, et Delaval 1996 ; Gérome 2017) ; ou encore celui de l'influence d'acteurs humanitaires dont la mobilisation sur le territoire national a amorcé la création de dispositifs visant à assurer le soin des plus pauvres et des exclus (Parizot 2003 ; Maury 2013 ; Geeraert 2017), dans un contexte de rejet de ces derniers par un système hospitalier qui fait l'objet d'une technicisation et d'impératifs de rentabilité croissants (Bertillot 2016 ; Juven 2016 ; Pierru 2013). Dans le prolongement de ces travaux, cette première partie étudie les processus à l'origine de la formation d'un système professionnel de prise en charge des personnes sans-domicile et les modalités d'investissement de différents groupes et segments professionnels dans la résolution de la question SDF. Deux chapitres nourrissent l'analyse à partir de focales temporelles et spatiales différentes. Le premier retrace la généalogie croisée de la prise en charge de la question sociale et notamment du vagabondage, d'une part, du champ médical et plus spécifiquement de la médecine sociale, d'autre part. Cette démarche met à jour les conditions qui ont rendu possible la formulation de la question SDF et les interrogations autour des modalités les plus adéquates de sa prise en charge médico-sociale (chapitre 1). Le deuxième chapitre est consacré à l'influence des questions de santé dans la prise en charge des sans-domicile à partir des années 1980 : dès sa formulation, la question SDF se double d'une *question médicale* qui a connu depuis plusieurs reformulations liées à la professionnalisation de la prise en charge (chapitre 2).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 1. Une histoire de frontières. Généalogie du traitement du vagabondage et de la professionnalisation du champ médical

Ce premier chapitre est consacré à l'étude généalogique de la prise en charge de la question sociale, d'une part, et de l'autonomisation du champ médical, d'autre part. Ces deux domaines ont fait l'objet d'études sociohistoriques soulignant précisément les enjeux sociopolitiques de la constitution des deux grands systèmes professionnels et institutionnels que forment le « social » et la « santé ». On s'appuie ici sur ces travaux, en se concentrant sur ce qui, dans la généalogie croisée de ces deux systèmes, apparait pertinent afin de saisir les conditions de formulation de la question SDF. Le parti pris de ce chapitre est d'analyser distinctement la généalogie de la prise en charge de la question sociale (section 1) et la structuration du champ médical et de la médecine sociale (section 2). Cette distinction vise à souligner l'existence d'acteurs et de logiques propres à chacun de ces champs. De très nombreux liens existent cependant entre eux, *a fortiori* si l'on concentre l'analyse sur la médecine sociale. Il aurait ainsi été possible de proposer une généalogie commune à ces deux champs, telle celle proposée par Jeremy Geeraert dans sa thèse consacrée aux Permanences d'accès aux soins et à la santé (2017). Comme on l'a évoqué en introduction néanmoins, l'un des enjeux de l'étude est d'analyser la manière dont les frontières disciplinaires, statutaires et institutionnelles délimitent des ensembles de tâches sur lesquels s'investissent les groupes professionnels. On suit ainsi la proposition d'Abbott selon laquelle « *les entités sociales acquièrent une existence au moment où les acteurs sociaux relient les frontières ensemble, suivant des modalités particulières. Les frontières apparaissent en premier, ensuite les entités* » (Abbott 2016, p. 122 ; Abbott 1995) : il s'agit d'étudier comment les mouvements de frontières du champ social et du champ médical rendent possible la formation d'une juridiction pluridisciplinaire spécialisée.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. Du vagabondage au sans-abrisme : la question SDF comme archétype de la question sociale

Cette première section est consacrée aux évolutions qui affectent le vagabondage dans le cadre de prise en charge de la question sociale. Dans son analyse de la question SDF et des réponses sociopolitiques qui lui sont apportées, Julien Damon identifie cinq caractéristiques qui se retrouvent constamment, bien que selon des modalités diverses, dans l'histoire de la prise en charge du vagabondage en Europe (Damon 2003) : la volonté de dénommer et de dénombrer les indigents, en particulier ceux caractérisés par leur nomadisme ; la dichotomie entre « *bons* » et « *mauvais* » pauvres (Geremek 1987) ; l'hésitation entre assistance et répression ; la coopération territoriale qu'implique la prise en charge ; enfin la diversité des acteurs qui s'y sont investis. Ces caractéristiques se combinent et s'articulent de différentes manières au cours de l'histoire. L'un des objectifs de cette section est donc de synthétiser ces évolutions, afin de montrer comment elles concourent, à la fin des années 1980, à la formulation de la question SDF. Cette généalogie permet d'observer l'apparition et la remarquable stabilité d'une frontière qui structure très fortement la prise en charge contemporaine des personnes sans-domicile et délimite l'octroi légitime de l'assistance. Cette frontière distingue bons et mauvais pauvres, les premiers bénéficiant des secours, les seconds faisant l'objet d'une répression systématique. Cette distinction est fondamentale et se retrouve dans toute l'historiographie de la prise en charge de la question sociale en Europe depuis le Moyen Âge (I). Un tournant s'observe à partir de la fin du XIXe siècle, avec la structuration de l'État social et les débuts de la professionnalisation du travail social. Ces deux phénomènes sont étroitement liés à la lente appropriation par l'État de pratiques d'assistance jusqu'alors mises en œuvre par les acteurs privés, religieux ou philanthropiques (II). Il faut attendre la seconde moitié du XXe siècle pour que les vagabonds, devenus clochards puis sans-domicile fixe, soient finalement intégrés dans le giron de l'État social (III), suite à la formulation de la question SDF (IV).

I. Question sociale et dichotomie du traitement de la pauvreté

Si les caractéristiques identifiées par Julien Damon se retrouvent effectivement de manière remarquablement stable à travers l'histoire, l'une d'elles apparait particulièrement structurante, à savoir la dichotomie entre bons et mauvais pauvres. De celle-ci découle l'économie générale de la prise en charge de la question sociale : à partir d'elle s'articulent des logiques d'assistance ou de répression, ainsi qu'une répartition des acteurs chargés de prendre en charge la question sociale. À partir du moment où est initialement formulée la question

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

sociale, le champ social-assistanciel (Castel 1995) se structure à partir d'une dichotomie construite autour des critères de l'aptitude au travail et de l'appartenance communautaire (1). Cette distinction perdure à travers l'histoire, s'exprimant tantôt avec force, tantôt avec davantage de retenue. En dépit de ces oscillations pourtant, le vagabondage continue d'incarner de façon remarquablement stable la figure honnie, rejetée et réprimée de la pauvreté (2). Avec le développement du capitalisme et l'essor du libéralisme, cette condamnation ne fait que se renforcer. Alors que de nouvelles formes de pauvreté directement liées à la libéralisation du travail (paupérisme, chômage) apparaissent, se fait jour une réflexion autour des réponses à apporter à la question sociale qui préfigure la structuration du système de protection sociale (3).

1. Naissance de la question sociale

Robert Castel identifie l'apparition de la question sociale au XIVe siècle, lorsque les dirigeants des royaumes européens publient une série d'ordonnances pour interdire le vagabondage et réglementer le travail, en le rendant obligatoire et en opposant ceux qui doivent s'y plier aux potentiels bénéficiaires des secours (Gutton 1974). Ces trois systèmes – répressif, laborieux et assistanciel – ont une même finalité, celle d'assurer la cohésion de la société. Avant le XIVe siècle, au sein des sociétés « *sans social* » (Castel 1995), ce sont les réseaux de sociabilité primaire qui jouent un rôle intégrateur :

> Ces communautés tendent ainsi à fonctionner comme des systèmes autorégulés ou homéostatiques, qui recomposent leur équilibre en mobilisant leurs propres ressources. Une réaffiliation s'opère sans changer de cadre de référence. L'intégration menacée se reconstitue sur une base territoriale et dans le cadre des interdépendances données par cette inscription (Castel 1995, p. 53).

En creux de cette description, le social renvoie à l'autonomisation d'un ensemble de techniques visant à réguler la société et à garantir sa cohésion. La naissance de ce que Castel nomme le champ « *social-assistanciel* » présente plusieurs caractéristiques formelles : 1) il résulte d'une construction, d'une intervention réfléchie de la société sur elle-même ; 2) à partir de là s'organise une spécialisation de l'intervention sociale, qui augure déjà sa professionnalisation future ; 3) cette spécialisation se traduit par une technicisation, elle-même liée à une connaissance du fonctionnement du social ; 4) il y a une institutionnalisation localisée de cette intervention, puis progressivement une coopération entre les formes instituées de prise en charge du social ; 5) enfin et par rapport au traitement discriminatoire des formes de pauvreté, Castel souligne qu'« *il ne suffit pas d'être démuni de tout pour relever de l'assistance. Au sein des populations sans ressources, certaines seront rejetées et d'autres seront prises en charge* » (Castel 1995, p. 63). La mise en œuvre d'un traitement discriminatoire rationnel et systématique reposant sur une dichotomie entre bons et mauvais pauvres apparait de façon quasi inhérente et presque constitutive à la formulation de la question sociale. Cette démarcation

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

symbolique repose sur des représentations très prégnantes, issues des systèmes de valeurs en vigueur, et notamment ceux de la chrétienté (Gutton 1974 ; Mollat 1978).

Au Moyen Âge, la prise en charge de la pauvreté repose principalement sur les initiatives religieuses, relayées ou secondées par les communes qui mettent en place des systèmes locaux d'aide aux indigents (Geremek 1987 ; Gueslin 2013). Bronislaw Geremek souligne que la mendicité n'est alors pas nécessairement associée à l'errance et au vagabondage : au contraire, elle est un phénomène massif et généralisé au sein des classes laborieuses, dont le travail ne suffit pas à assurer leur survie et qui ont recours à l'aumône afin d'obtenir un complément de ressources. De sorte que la charité individuelle ou médiée par les institutions religieuses ou hospitalières se développe, sans faire l'objet d'une institutionnalisation ou d'une réflexion spécifique (Geremek 1997). Ce n'est donc pas la demande d'aide en soi qui est stigmatisée, mais plutôt sa légitimité. C'est la morale chrétienne qui fournit les justifications au traitement discriminatoire des pauvres dans l'accès à l'assistance. Il ne faut donc pas opposer initiatives religieuses et action publique, *a fortiori* dans le contexte d'une Europe fortement christianisée, où les Églises et les Royaumes sont étroitement liés. Ces liens s'observent par exemple dans la coopération et la promotion du critère de domiciliation, qui s'affirme comme une manière d'identifier et de limiter les bénéficiaires des secours charitables. La coopération entre les pouvoirs publics et l'Église se développe avec la création d'hospices, d'hôtels-dieu et d'hôpitaux, dont la gestion est assurée par les religieux. De sorte que « *l'exercice de la charité est devenu à partir de la fin du XIIIe siècle une sorte de service social local auquel collaborent toutes les instances qui partagent une responsabilité dans le "bon gouvernement" de la ville* » (Castel 1995, p. 80).

Une division du travail se fait jour, qui promeut l'ancrage local et la coopération autour de l'assistance aux pauvres, ou plus précisément à certains d'entre eux. En effet, l'Église déploie une rhétorique originale à propos de la figure du pauvre souffrant, appelée à devenir l'incarnation emblématique du bon pauvre, méritant secours individuels et collectifs (Agamben 2013). Cette rhétorique est pourtant plus ambigüe qu'il n'y parait (Depauw 1999) : pour être aidés, les pauvres doivent faire preuve de contrition, accepter leur situation, presque la mettre en scène. Cette démarche s'explique par trois raisons : d'abord parce qu'elle fait écho à la figure de Jésus-Christ choisissant le dénuement et se sacrifiant pour l'humanité. Le déploiement des Ordres mendiants témoigne de la prégnance de cette figure, mais aussi de l'ambigüité qui la traverse : si cette forme de pauvreté choisie est presque sanctifiée, les vagabonds sont réduits au rang de pestiférés ; ensuite, dans la mesure où l'exposition de la souffrance témoigne d'une inaptitude à travailler et à s'inscrire dans l'ordre productif, la morale chrétienne fournit un réservoir émotionnel (pitié, compassion, miséricorde, sollicitude) qui permet de justifier l'octroi de secours ; enfin, se développe à cette époque une économie du salut qui justifie la coexistence

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des pauvres et des riches et la légitimité pour ces derniers d'être riches en s'assurant, par les secours qu'ils octroient aux pauvres, leur salut[30].

La coopération des autorités religieuses et politiques à l'échelle locale contribue à l'élaboration d'une distinction entre des groupes de population considérés comme pouvant légitimement prétendre aux secours, et d'autres dont la prise en charge, lorsqu'elle a lieu, aura un caractère répressif. Deux critères se dessinent afin d'organiser cette distinction. La souffrance morale du pauvre constitue un premier critère : il faut être inapte à travailler (Mollat 1978 ; Depauw 1999). L'assistance doit être garantie aux indigents invalides, tandis que les pauvres en état de travailler ne peuvent se voir aider sans contrepartie. Le second critère est celui de la proximité sociospatiale, synonyme d'appartenance communautaire. Il faut être connu et reconnu au sein d'une communauté pour pouvoir prétendre à l'assistance, appartenir à un tissu social local. De sorte que l'assistance s'exerce tel un « *analogon de la sociabilité primaire* » (Castel 1995, p. 97) : elle la supplée lorsque cette dernière n'est pas en mesure d'assurer la protection et l'intégration des individus engagés dans un processus de désaffiliation (Castel 2009). À partir de ce moment, la figure du vagabond, par définition étranger partout où il se trouve (Simmel 1990) et refusant de se soumettre au travail, incarne l'archétype du pauvre menaçant, fainéant, étrange et étranger puisque « *derrière les délits de vagabondage, il y a la paresse ; c'est elle qu'il faut combattre* » (Foucault 1975, p. 126). Dès lors, et jusqu'à la moitié du XXe siècle, le vagabondage fera l'objet d'un traitement répressif quasi systématique, puisqu'il se situe en permanence du « mauvais » côté de la frontière qui délimite l'accès à la prise en charge assistancielle (Kitts 2008).

2. Le contrôle du vagabondage

Bronislaw Geremek (1987) identifie un lent tournant, qui s'amorce au XVIe siècle dans le cadre du développement des économies urbaines. Il n'y a pas rupture mais continuité, avec la systématisation du mouvement de coopération entre autorités publiques et religieuses. La dichotomie entre bons et mauvais pauvres et le traitement discriminatoire qui en résulte se renforcent nettement. L'exode rural se traduit par la difficulté des systèmes urbains à employer et à nourrir l'ensemble des néo-citadins (Mollat 1978). Les pauvres sont plus nombreux et plus

[30] On comprend que cette économie du salut vaut pour la doctrine catholique, la Réforme protestante ayant précisément été fondée contre le commerce des indulgences. Pour autant, l'économie du salut protestante n'est pas particulièrement favorable aux pauvres puisqu'elle est fondée sur la prédestination et l'existence de signes d'élection divins, dont Max Weber a montré qu'ils étaient liés à la réussite personnelle articulée à la promotion d'un ascétisme éloigné de l'*auri sacra fames*, la « soif de l'or » de l'homme d'affaires sans scrupules (Weber [1904-1905] 1964). Robert Castel note ainsi que « *la doctrine protestante du salut par les œuvres a contribué à rendre la pauvreté encore plus suspecte et à durcir les critères de l'accès aux secours* » (Castel, 1995, note 1 p. 95).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

visibles. Les institutions caritatives, même secondées par les seigneuries locales ou les communes, ne parviennent plus à aider tous les individus qui les sollicitent (Geremek 1987 ; Wahnich 1996). Face à cet afflux de pauvres, souvent assimilés à des vagabonds refusant de travailler, se développent dans diverses villes européennes des politiques répressives qui visent à limiter le nombre de pauvres errants et à les invisibiliser. L'assistance et la prise en charge charitable sont réservées aux indigents invalides : vieillards, femmes enceintes, enfants, handicapés, et « *pauvres honteux* » qui font preuve de contrition et peuvent ainsi bénéficier d'une expiation morale et sociale. Parallèlement se développe un arsenal répressif destiné aux vagabonds, oisifs et autres « inutiles au monde » : bannissements, travail forcé, exécutions, coups de fouet, déportations aux colonies et enfermements, etc. (Kitts 2008 ; Gueslin 2013).

Le traitement différencié du vagabondage et de la pauvreté s'accentue au XVIIe et plus encore au XVIIIe siècles. Castel résume ainsi le changement qui s'opère : « *l'élément nouveau, à partir de la fin du XVIIe siècle, parait résider dans la prise de conscience d'une vulnérabilité de masse, différente de la conscience séculaire d'une pauvreté de masse* » (Castel 1995, p. 266). La désaffiliation, entendue comme le processus d'effritement des réseaux de sociabilité primaire d'un individu, devient ainsi un phénomène structurel au moment où le développement du capitalisme s'accélère. La période du « grand renfermement », qui commence en 1656 avec la publication du décret de création de l'Hôpital général à Paris, en fournit une illustration emblématique puisqu'il a consisté en l'enfermement systématique des individus ne travaillant pas. Pour Foucault, « *ce qui l'a rendu nécessaire [l'hôpital général], c'est un impératif de travail* » (Foucault 1975, p. 75). Il convient pourtant de préciser un élément important : cet impératif de travail n'est en quelque sorte « accordé » qu'aux indigents connus et reconnus comme appartenant à la communauté (Gutton 1974 ; Castel 1995). Contrairement à ce que le terme laisse suggérer, cette politique s'adresse en priorité aux pauvres méritants, de sorte que les techniques mises en œuvre dans les hôpitaux généraux qui essaiment dans les villes françaises « *représentent une stratégie d'inclusion, et non point d'exclusion* » (Castel 1995, p. 57). Ici encore, point de rupture : le grand renfermement s'effectue toujours selon les critères de l'appartenance communautaire et de l'inaptitude au travail.

L'hôpital général repose notamment sur une segmentation extrêmement stricte du temps[31], où temps disciplinaire, temps laborieux et temps religieux sont distingués même s'ils relèvent d'une finalité unique de rééducation des individus qui doivent s'y soumettre. Les pauvres errants, qui déjà auparavant ne pouvaient bénéficier des protections associées de l'appartenance communautaire, continuent d'être exclus des villes mais également de la société, par des mesures de bannissement, d'emprisonnement, de mise à mort ou d'envoi aux galères

[31] L'extrême rationalisation de la planification temporelle des activités est l'une des caractéristiques des institutions totalitaires étudiées par Erving Goffman (1968). Les deux autres sont la réclusion et la promiscuité des interactions des individus qui s'y retrouvent enfermées.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

(Cubero 1998). Le grand renfermement traduit ainsi la place croissante qu'occupe le travail dans les sociétés européennes, à mesure que se développe le capitalisme. Il répond à un souci de police, « *au sens très précis qu'on lui prête à l'époque classique, c'est-à-dire l'ensemble des mesures qui rendent le travail à la fois possible et nécessaire pour tous ceux qui ne sauraient pas vivre sans lui* » (Foucault 1975, p. 75). Des populations assez diverses ont été accueillies et prises en charge au sein des hôpitaux généraux, ces derniers remplissant simultanément diverses fonctions de soins, d'assistance et de police (Garnot 1984). Le pouvoir exerce ainsi une distinction entre pauvreté intégrée et pauvreté désaffiliée : tandis que les mendiants valides peuvent se prévaloir de leur inscription au sein de réseaux de sociabilité locaux, ce n'est pas le cas des vagabonds. En résulte une forme de tripartition de la pauvreté, entre les pauvres malades et inaptes à travailler, bénéficiant des secours ; les mendiants valides inscrits dans les réseaux de sociabilité, faisant l'objet d'une mise au travail ; enfin les vagabonds, objets d'une répression de plus en plus systématique (Cubero 1998).

En 1764, puis 1767, deux ordonnances accentuent la répression contre les vagabonds (Cubero 1998 ; Kitts 2008). La première élargit le champ de définition du vagabondage en considérant qu'en relève toute personne n'ayant pas travaillé depuis 6 mois. La seconde crée les dépôts de mendicité, appelés à accueillir – en réalité, enfermer – les mendiants valides et les vagabonds. L'histoire des dépôts de mendicité est sinueuse : ils sont supprimés en 1775, puis de nouveau utilisés en 1808. Entre temps, le Comité pour l'extinction de la mendicité de l'assemblée révolutionnaire continue de maintenir le vagabond en dehors de l'assistance puisqu'une domiciliation d'au moins un an est requise pour en bénéficier (Kitts 2008). En dépit des profonds changements politiques et socioéconomiques de cette période induits par le passage de l'Ancien Régime à la période révolutionnaire et finalement à l'Empire, en dépit aussi d'évolutions marquées en termes de législations de l'assistance et du droit, le vagabondage et la mendicité demeurent des figures archétypiques d'une pauvreté honnie. En cela, le Code pénal de 1810, qui crée les délits de mendicité et de vagabondage, incarne l'aboutissement de la logique de condamnation morale et sociale de la pauvreté errante (Gueslin 2013). Le renforcement de la condamnation du vagabondage coïncide avec le développement d'un nouveau statut du travail. Jusqu'alors réglé et obligatoire, il est « libéré » par la suppression des jurandes en 1776. Il est dès lors entendu que les individus qui ne travaillent pas en font nécessairement le choix puisqu'ils n'ont plus d'obstacles juridiques qui les en empêchent. En 1793, au moment où l'Assemblée constituante tente d'apporter une réponse nouvelle au vagabondage par le biais de son Comité pour l'extinction de la mendicité, le travail est même proche de devenir un droit : si l'État révolutionnaire doit apporter des secours aux invalides, il est légitime de fournir du travail aux valides. Le programme des révolutionnaires est donc particulièrement ambitieux. Il vise à laïciser la prise en charge de la pauvreté, en mettant fin à la mainmise de l'Église et de ses œuvres sur les secours. Les hôpitaux sont déconfessionnalisés,

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

les religieux congédiés, dans l'optique d'y faire entrer les médecins et de faire de l'hôpital le lieu de leur formation (Faure 1994). Les ambitions du Comité de mendicité resteront lettre morte et rapidement, les religieux seront invités à réintégrer les hôpitaux. L'hésitation des révolutionnaires à bouleverser l'organisation du travail aboutit à une interprétation ambigüe :

> Grâce à leur réinterprétation de la vieille dichotomie invalidité-validité, ils ont pu juxtaposer sans contradiction apparente une position maximaliste en matière de droit au secours, et une position minimaliste en matière de droit du travail. Leur programme assistanciel est peut-être à ce jour inégalé, tandis qu'ils n'ont pas inauguré de régulations concernant le travail (Castel 1995, p. 320).

En effet, hormis la création des bureaux de bienfaisance en 1796, ce programme n'est pas mis en œuvre. Le système assistanciel français se caractérise plus généralement par sa parcimonie, notamment lorsqu'on le compare à d'autres États européens (De Swaan 1990). En Angleterre par exemple, les *poor laws* désignent un ensemble de lois votées à partir de la fin du XVIe siècle, qui ont institué une forme de charité légale financée par une taxe prélevée dans les paroisses. Une nouvelle fois, la charité est octroyée selon les deux critères de l'appartenance communautaire et de l'inaptitude au travail. L'Angleterre ira, avec le *Speenhamland Act* voté en 1795, jusqu'à instaurer une forme de revenu minimum, calculé à partir de la taille des familles et du coût du pain, et pouvant s'ajouter aux revenus du travail. Le caractère quasi inconditionnel de cette aide en fait presque une anomalie par rapport aux systèmes européens de prise en charge de la question sociale, notamment en ce qu'il a « *pour conséquence de substituer le besoin au mérite comme norme de justice régulant les pratiques assistancielles* » (Rodriguez 1999, 2008). Mais là aussi, les vagabonds sont exclus de l'assistance et font l'objet d'une politique répressive.

3. Une menace toujours présente

Tout au long de la période qui court du Moyen Âge au milieu du XIXe siècle, on peut avancer avec Castel que le vagabondage constitue la « ligne de fracture » de la question sociale. Par rapport à la démarche de cette généalogie, l'image est intéressante : elle traduit bien la dimension paroxystique, archétypique, du vagabondage, à l'époque classique comme dans la période moderne. Il constitue une figure repoussoir, par rapport à laquelle d'autres situations de pauvreté sont distinguées. Celles-ci sont diverses : on trouve l'infirme, l'enfant trouvé, le vieillard, le malade, le fou, la fille-mère, la veuve en incapacité de nourrir ses enfants… (Gueslin et Stiker 2003). Toute ces figures ont en commun de ne pouvoir assurer leur subsistance par le travail et d'être inscrites au sein de réseaux communautaires, ce qui les rend bénéficiaires de l'assistance. De façon générale, tandis que le vagabondage a fait l'objet d'une condamnation unanime et d'un traitement spécifique déployant des techniques répressives diverses qui témoignent d'une cohérence dans leur visée d'exclusion, les situations d'inaptitude

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

au travail ont, à l'inverse, bénéficié d'un traitement compassionnel. Entre ces deux pôles assez nettement définis – indigents inaptes au travail et inscrits au sein de la communauté, vagabonds valides et par définition nomades – gravitent une multitude de situations plus ambigües, telles celles des « *pauvres honteux* », des travailleurs mendiants ou, plus tardivement, des chômeurs, dont le traitement évolue au cours de l'histoire selon l'évolution des représentations, les conjonctures socioéconomiques et le degré de coopération des acteurs privés et publics (De Swaan 1990). L'historiographie de la prise en charge des figures de l'indigence apparait en outre plus hétérogène que celle du vagabondage. Tout en faisant l'objet d'une spécialisation plus ou moins marquée, ces figures ont en commun de relever du paradigme assistanciel. De sorte qu'elles dessinent, en creux, le caractère relativement exceptionnel du vagabondage. Celui-ci constitue en effet la seule forme de pauvreté dont la prise en charge et les représentations associées demeurent presque inchangées jusqu'au début des années 1990 : il continue d'être un objet de répression, bien que celle-ci perde progressivement en efficacité (Wagniart 1999 ; Damon 2002).

Le XIXe siècle apparait comme un moment charnière pour la prise en charge de la pauvreté, en particulier pour la structuration des systèmes assistanciels (Bec 1994). Il est le théâtre de l'industrialisation des sociétés européennes et de l'alliance du capitalisme avec la « *modernité libérale* » (Castel 1995). La mise au travail, dont le salariat représente désormais la forme la plus commune, s'accentue. En Angleterre, la parenthèse instaurée par le Speenhamland ne dure pas longtemps, rapidement balayée par la critique libérale (Rodriguez 1999). Il est remplacé en 1834 par les workhouses, centrées sur le travail forcé et dont Foucault a donné des exemples montrant qu'elles confinaient à l'absurde (Foucault 1975). C'est pourtant le travail « *libéré* » qui produit des effets nocifs pour le moins inattendus. Une nouvelle pauvreté se développe, massive et très visible : c'est le paupérisme, incarnation emblématique de la question sociale telle qu'elle se pose au XIXe siècle. Alexis de Tocqueville, comme d'autres penseurs de l'époque (Hatzfeld 1989), étudie l'apparent paradoxe d'une pauvreté massive dans une société qui n'a jamais été aussi riche (Tocqueville 1999). Le libéralisme et plus précisément le libre accès au travail qu'il encourage, ont échoué à apporter une solution à la vulnérabilité de masse ; pire, ils ont contribué à transformer celle-ci en une forme résultant directement de l'industrialisation, de l'organisation du travail et de l'exploitation du salariat. Dans ce contexte, une nouvelle figure apparait avec le chômeur (Topalov 1994). Elle se révèle particulièrement problématique par rapport aux catégories de classement existantes et au traitement qui doit être le sien, puisqu'elle renvoie à un individu valide, souhaitant travailler mais ne le pouvant pas, alors même que l'accès au travail n'est plus réglé. Dans ce cadre, la distinction entre les situations de pauvreté, d'indigence et de vagabondage tend à s'accentuer.

Durant toute la première moitié du XIXe siècle, le paupérisme est une menace du fait de son ampleur. Il est considéré comme la principale menace contre l'ordre sociopolitique

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

(Chevalier 1958). Contrairement au vagabondage, par définition peu saisissable, mouvant et assez peu visible, il se caractérise par sa présence massive et incontournable. L'historiographie politique du XIXe siècle a témoigné de la crainte diffuse des gouvernants vis-à-vis de la menace incarnée par la classe ouvrière dans un contexte de développement des mouvements socialistes. Les épisodes révolutionnaires de 1848 et surtout de 1871 ont confirmé ces craintes et ont amorcé l'inclination vers une prise en compte minimale des conditions de vie et de travail des classes laborieuses, garanties de la paix sociale. Dans le champ politique, cette inclination passe par la socialisation progressive des ouvriers à la « *République exclusive* » (Hayat 2014), caractérisée par la professionnalisation du travail politique, la promotion des systèmes représentatifs et, corrélativement, la dépossession politique des ouvriers. Dans le champ socioéconomique, elle passe par des mesures telles que le droit de grève, la démocratisation du système éducatif, l'encadrement minimum des conditions de travail (temps de travail, âge légal pour travailler). Le vagabondage se distingue alors encore plus nettement des autres situations de pauvreté. Si jusqu'au dernier quart du XIXe siècle et *a fortiori* avec l'essor du paupérisme, « *le monde des vagabonds et mendiants est un microcosme des classes populaires*[32] », un clivage plus net se fait jour avec l'intégration des classes ouvrières à la Troisième République, ce microcosme ne formant plus qu'un reliquat concentrant les critiques des élites comme des classes laborieuses et de leurs soutiens.

Le rejet du lumpenproletariat par Marx fournit une illustration emblématique de ce clivage. Jean-François Wagniart le résume ainsi : « *le capitalisme, en imposant le travail comme norme sociale, a pour conséquence de différencier le prolétaire du pauvre […]. Les socialistes dans leur grande majorité ne s'intéressent guère aux vagabonds ni aux marginaux* » (Wagniart 1999, p. 50). En dehors de rares exceptions, notamment dans les milieux anarchistes, les vagabonds font à la fin du XIXe siècle, l'objet d'une condamnation unanime. Dans ce contexte se déploie un quadrillage répressif guidé par une logique d'exclusion, visant à expurger la plaie morale qu'incarnent les « *vagabonds professionnels* » (Wagniart 1999). Wagniart montre néanmoins, à la lumière du nombre de récidives, que ce quadrillage est finalement peu efficace. Il traduit finalement l'apogée de la logique répressive contre le vagabondage : à la fin des années 1890 puis au XXe siècle s'amorce le lent passage d'un paradigme répressif à un paradigme assistanciel.

[32] Selon Roger Chartier, cité par Jean-François Wagniart (1999). Robert Castel, s'appuyant sur les travaux d'Arlette Farge, souligne que « *du côté du peuple, la représentation du vagabond semble ambivalente et plus souvent positive » mais que « les signes de l'attitude inverse existent aussi, surtout à la campagne* » (Castel 1995, p. 162).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

II. L'émergence de l'État social et du travail social

Au cours du XXe siècle, la distinction des situations de pauvreté devient moins nette. Le paradigme répressif qui caractérisait jusqu'alors la prise en charge du vagabondage perd progressivement en efficacité jusqu'à ce que, dans les années 1990, les délits de vagabondage et de mendicité soient supprimés. Comme on le montrera néanmoins plus loin dans cette thèse, la suppression des mécanismes les plus explicites de répression vis-à-vis des situations de pauvreté errante n'est pas synonyme d'égalité de traitement des populations sans-domicile ni de mise en œuvre d'une politique assistancielle inconditionnelle. Le contrôle social prend des formes nouvelles (Bodin 2012), plus diffuses et moins visibles, mais toujours discriminantes. Il n'en reste pas moins que la réponse sociopolitique apportée au vagabondage évolue considérablement au cours du XXe siècle : elle s'inscrit davantage dans une logique d'inclusion et amorce la professionnalisation de sa prise en charge. Des facteurs indirectement liés au vagabondage jouent en ce sens : en décentrant l'argumentation, on montre que le passage à une prise en charge assistancielle du vagabondage et la création d'une juridiction et d'un système professionnels pluridisciplinaires visant à répondre à la question SDF sont liés à des évolutions dans le secteur social. D'une certaine manière, les processus qui touchent en premier lieu les incarnations de la bonne pauvreté rendent progressivement possible, puis souhaitable, une prise en charge spécialisée du vagabondage. Deux processus sont ainsi restitués. D'une part, à partir du milieu du XIXe siècle, une nouvelle conception de l'État se fait jour, liée à l'émergence du social comme espace relativement autonome, qui en fait le garant de l'existence sociale et biologique des gouvernés. Cet État social se structure progressivement pendant un peu plus d'un siècle concomitamment au déploiement de la prise en charge spécialisée des figures héritées de l'indigence (1). D'autre part, la première moitié du XXe siècle est aussi la période au cours de laquelle le travail social, ou plus précisément plusieurs segments du travail social, trouvent leurs origines. Ici aussi, si la professionnalisation du travail social ne s'opère réellement qu'à partir des années 1960, il convient de restituer ses généalogies (2).

1. Bienfaisance, assistance, répression

La prise en charge spécialisée des figures de l'indigence évolue à partir du milieu du XIXe siècle, et plus précisément au cours des premières décennies de la Troisième République (1880-1914), avec la création de l'Assistance Publique (Renard 1987, 1995 ; Bec 1993). Celle-ci participe de la structuration de l'État social, qui résulte lui-même de la redéfinition de la place et du rôle que se donne l'État dans ses rapports avec la société. Dans la continuité de l'analyse de Jacques Donzelot (1984), Castel montre que l'État social peut être envisagé comme une

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

instance intermédiaire entre les partisans d'une organisation ouvrière autonome, et la bourgeoisie libérale cherchant à l'exploiter. L'État social ne nait donc pas avec les ordonnances de 1945 sur la Sécurité sociale : sa structuration s'amorce à la suite des mobilisations populaires lors des journées révolutionnaires de juin 1848, au cours desquelles le peuple et plus spécifiquement le mouvement ouvrier, s'affirmèrent comme des interlocuteurs sociopolitiques incontournables. C'est à partir de ce moment que l'État, qui a jusqu'ici largement délégué la prise en charge de la question sociale aux acteurs privés, investit progressivement le social et redéfinit son rôle. Cette redéfinition est directement liée aux modalités d'organisation socioéconomique de la société industrielle : la nouvelle division du travail qui s'y fait jour, caractérisée par une plus grande différenciation des tâches et corrélativement par une spécialisation renforcée des individus et des groupes sociaux, place ces derniers dans une situation d'interdépendance accrue (Durkheim 1893). La naissance des sciences sociales et le développement des doctrines solidaristes participent de l'essor d'une « *conception sociologique de la société* » (Castel 1995, p. 445), qui met fin à l'opposition systématique de l'individu et de l'État prévalant dans « *l'anthropologie libérale* » jusqu'alors en vigueur (Joly 2017). Dans cette perspective, la structuration de l'État social participe autant qu'elle résulte du passage d'une solidarité mécanique à une solidarité organique. L'effacement progressif de la solidarité mécanique, que Castel pose en quasi-synonyme de ce qu'il nomme la sociabilité primaire (Castel 2009), amène à redéfinir des mécanismes de protection sociale dans lesquels l'État doit avoir un rôle à jouer.

Tout au long de la seconde moitié du XIXe siècle, l'un des enjeux est donc de définir les solutions à mettre en œuvre afin de répondre aux diverses situations de pauvreté, solutions qui préfigurent en partie le déploiement des systèmes de protection sociale. Ces solutions s'articulent autour de deux ensembles d'acteurs : un système public d'une part, qui s'incarne principalement dans les pouvoirs publics locaux, au premier rang desquels les communes, mais aussi de l'État qui s'affirme peu à peu comme un acteur incontournable de la protection sociale ; un système privé bicéphale, d'autre part, partagé entre charité et philanthropie, toutes deux emblématiques des velléités de mise en œuvre d'une « *politique sans État* » (Castel 1995 ; Brejon de Lavergnée 2017), qui caractérisent les cercles revendiquant une légitimité à définir l'intérêt général (Topalov 1999). Contrairement aux États-Unis où la tradition philanthropique s'est essentiellement développée contre le déploiement de l'État fédéral, cantonné à la protection de certaines catégories de bénéficiaires spécifiques (Skocpol 1993), la philanthropie française se caractérise par les liens étroits et constants qu'elle entretient, depuis son essor au début du XIXe siècle, avec l'État (Duvoux 2017). Il en va de même de la charité et de ses acteurs, principalement religieux, entrés dès le Moyen Âge dans une logique de coopération avec les services d'assistance locaux, et qui ont connu un renouveau important au début du

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

XIXe siècle avec le redéploiement des grandes œuvres, notamment protestantes (Gilson 2011), dans la prise en charge de la question sociale.

Le dernier quart du XXe siècle est donc le théâtre de profondes reconfigurations dans la prise en charge de la question sociale. En particulier, l'assistance et sa mise en œuvre sont au centre des débats : en 1886 est créée la Direction de l'assistance publique, rattachée au ministère de l'Intérieur et à partir de 1889 se tiennent les Congrès nationaux d'Assistance, qui regroupent divers acteurs cherchant à apporter une réponse à la question sociale (Bec 1993; Renard 1995, 1999). Des oppositions tranchées s'y font jour entre libéraux orthodoxes, partisans catholiques et plus largement chrétiens, républicains laïcs et socialistes. Les débats portent sur les moyens d'assurer de façon quasi scientifique les modalités de mise en œuvre de l'assistance – publique – et de la bienfaisance – privée –, chacun de ces termes faisant par ailleurs l'objet de débats sémantiques (Renard 1987 ; Topalov 1996). L'un des enjeux des tractations porte sur le rôle de l'État, l'intervention étatique demeurant l'un des principaux motifs de préoccupation des classes bourgeoises, dont Tocqueville donne une idée nette : « *toute mesure qui fonde la charité légale sur une base permanente crée donc une classe oisive et paresseuse, vivant aux dépens de la classe industrielle et travaillante* » (Tocqueville 1999, p. 35). Progressivement, deux consensus se dessinent : d'une part, tous ces acteurs, publics et privés, laïcs et religieux, considèrent qu'il faut rationaliser l'assistance, notamment en réalisant des enquêtes et en conditionnant l'octroi des secours aux résultats de ces enquêtes (Topalov 1996) ; d'autre part, les mesures à mettre en œuvre afin de prendre en charge les diverses catégories de populations se stabilisent progressivement. Ici encore, les critères de distinction des situations de pauvreté ne changent pas : la validité et l'appartenance communautaire demeurent l'*alpha* et l'*omega* des systèmes de représentation de la pauvreté et des traitements différenciés qui en résultent.

Vers 1900, un compromis est atteint. L'administration publique est reconnue compétente pour prendre en charge les invalides, connus ou non : s'ils sont connus, c'est-à-dire s'ils ont un « *domicile de secours* » entendu comme résidence volontaire, durable, personnelle ou, à défaut, familiale (Renard 1988), ils bénéficieront des secours gratuits ; à l'inverse, s'ils ne sont pas domiciliés et s'apparentent à des vagabonds, ils feront l'objet de la répression étatique. Les œuvres, religieuses ou philanthropiques, seront en charge des valides, qu'elles devront mettre au travail. Les débats qui ont cours au sein des Congrès nationaux de l'assistance montrent bien cette nouvelle conception du rôle de l'État, mais aussi la difficulté que ses promoteurs rencontrent en cherchant à la diffuser. Par la division des tâches et des modes de traitement de l'indigence qu'ils promeuvent, et malgré l'intransigeance de l'orthodoxie libérale, ils ouvrent la voie à un investissement plus systématique de l'État dans la prise en charge de la question sociale, qui ne se limite plus à son action régalienne. À partir de ce moment, on observe une phase de « *percolation ascendante* » (Brodiez-Dolino 2013b) : l'État monopolise progressivement un ensemble d'actions et de mesures sociales jusqu'alors mises en œuvre

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

localement, à l'initiative de mouvements religieux ou des communes (Brodiez-Dolino 2013c ; Brodiez-Dolino et al. 2014).

2. La prise en charge des indigents, entre assistance et assurance

Contrairement à d'autres systèmes de protection sociale européens (De Swaan 1990), le système français s'est d'abord appuyé sur l'assistance au cours de sa structuration, avec la rédaction, dès 1889, d'une charte de l'assistance (Bec 1993). Cette spécificité est, pour une large part, liée au rejet du caractère obligatoire des assurances : si celles-ci sont mises en œuvre, elles doivent l'être de manière systématique, donc contraignante. L'obligation est critiquée dans les rangs libéraux comme chez les défenseurs du mouvement ouvrier, les premiers condamnant toute ingérence de l'État en dehors des questions régaliennes, les seconds percevant la volonté étatique de miner une autonomie ouvrière perçue, au siècle du paupérisme, comme la principale menace à l'ordre sociopolitique (Hatzfeld 1989). À l'inverse, l'assistance, bien qu'elle n'induise pas de contrepartie apparente, cible de façon catégorielle ses bénéficiaires afin de limiter ces derniers. C'est d'ailleurs le principal enjeu des débats autour de la structuration de l'assistance (Bec 1994, 1998a) : tant qu'elle était assurée par les œuvres privées, un caractère discrétionnaire prévalait en dépit des critères de distinction des situations de pauvreté. Un deuxième enjeu est d'ordre politique et institutionnel : il s'agit de limiter les pouvoirs de l'Église dans le contexte d'affirmation du républicanisme laïc (Renard 2001). Alors que les secours étaient jusqu'ici assurés par les œuvres religieuses, le déploiement d'un système public d'assistance est l'opportunité de réduire l'influence du fait religieux et de renforcer le processus de sécularisation de la société. Trois lois sont votées au tournant du XXe siècle, qui délimitent nettement le secteur de l'assistance publique et de ses bénéficiaires. La loi de 1893 crée l'assistance médicale gratuite pour les personnes privées de ressources : il s'agit d'un « *prêt envers les malades qui récupèreront leur capacité de travail* » (Bec 2014, p. 46) ; la loi de 1904 sur les enfants assistés entérine le transfert de prise en charge des enfants abandonnés ou trouvés des œuvres privées et des hôpitaux vers les pouvoirs publics (Chauvière, Lenoël, et Pierre 1996) : cette fois, la loi constitue « un placement envers les enfants qui coopéreront bientôt à l'œuvre commune » (Bec 2014, p. 46) ; enfin, la loi de 1905 d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, est conçue comme « *une dette envers des personnes qui ont déjà travaillé* » (*ibid.*). Le ciblage des bénéficiaires de l'assistance obéit donc à une double logique : d'une part, il s'agit de limiter son champ d'application, l'assistance étant systématiquement déconsidérée et perçue comme abrutissante, stigmatisante, créatrice de dépendance, etc., y compris dans les rangs socialistes ; d'autre part, l'identification de ces bénéficiaires se fait toujours en lien avec le travail : pour les enfants et les malades, l'octroi de l'assistance est un investissement, si ce n'est un contrat moral, qui engage les assistés à (re)venir vers le travail,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

tandis que pour les vieillards elle traduit la reconnaissance d'une dette accordée à ceux qui ont donné leur force de travail. On comprend ainsi combien les vagabonds, qui refusent l'ordre du travail et de la société sédentaire, sont éloignés de ces considérations et continuent de faire l'objet de la répression étatique.

Le vote des lois d'assistance constitue une étape décisive dans l'affirmation de l'État social. Alors qu'elles avaient presque été concédées par les libéraux comme un pis-aller permettant de limiter l'interventionnisme étatique, elles apparaissent finalement comme la première pierre de la structuration d'un système de protection sociale relativement unifié. Pourtant, les lois d'assistance ne font que repousser le déploiement des assurances sociales, puisque dès 1910, la loi sur les retraites ouvrières et paysannes est votée ; en 1928 et 1930, l'obligation d'assurance est élargie, sans pour autant devenir universelle (Domin 2002). Les assurances sociales doivent prévenir le risque d'une désaffiliation massive des travailleurs les plus fragiles, tout en minant les velléités autogestionnaires du mouvement ouvrier : les caisses de retraite ou de secours, parfois créées dans une optique explicite de politisation des ouvriers, sont envisagées comme des menaces précisément parce qu'elles constituent un attrait important pour les membres de la classe ouvrière et participent de la structuration de ce mouvement. Le processus de percolation ascendante des initiatives locales et privées de protection sociale se double de la structuration d'une administration centrale, qui fournit l'armature du système en voie de constitution (Brodiez-Dolino 2013a). De façon concomitante avec la structuration de ce système, les figures de l'indigence, identifiées comme les premières bénéficiaires de l'assistance publique, font l'objet d'une prise en charge de plus en plus spécialisée. Plusieurs champs se structurent et s'autonomisent les uns vis-à-vis des autres, tels que le champ de l'enfance en danger ou dite « *inadaptée* » (Chauvière 1980 ; Tricart 1981), qui fait l'objet d'une spécialisation précoce (Muel-Dreyfus 1980 ; Chauvière, Lenoël, et Pierre 1996), celui du handicap, constitué dans la seconde moitié du XXe siècle de l'agrégation des catégories d'invalidité, d'incapacité et d'infirmité (Baudot 2016 ; Cret et Guilhot 2016 ; Bodin 2018), ou encore celui de la dépendance, dont l'autonomisation passe par un double processus de médicalisation et de marchandisation (Lenoir 1979 ; Capuano 2018). La structuration de ces différents champs correspond à un processus de spécialisation croissante des modalités de prise en charge des figures héritées de l'indigence. Dès le moment où l'État est reconnu comme un acteur légitime de la protection sociale, il investit prioritairement le secteur de l'assistance. Le vagabondage sera intégré beaucoup plus tardivement au giron de l'État social, et de façon indirecte. Avant de détailler ce point, il faut restituer les généalogies du travail social dont la professionnalisation, qui s'amorce dans les années 1960, participe de l'intégration du vagabondage à l'action sociale.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

3. Généalogies du travail social

Le travail social se développe avec la structuration de l'État social. Dès lors que la question sociale fait l'objet d'un traitement systématique, un travail sur le social s'organise, d'abord mis en œuvre par des acteurs privés nettement marqués par le catholicisme (Verdès-Leroux 1978a). Cet essor renvoie au développement d'un « *traitement social de la question sociale* », ou plus simplement d'un « *travail du social* », soit d'un ensemble de techniques peu formalisées et peu codifiées, visant à répondre à la question sociale (Chauvière 2004). Si certains travaux ont avancé que la professionnalisation du travail social commence dès cette période en s'inscrivant dans le giron de divers mouvements allant de l'action syndicale à la bourgeoisie catholique traditionnelle et en passant par le catholicisme social (Rater-Garcette 1996), la stabilisation d'un groupe professionnel relativement unifié n'a lieu qu'au cours des années 1960 et 1970 (Ion et Tricart 1985). En amont de cette stabilisation qui coïncide avec l'apogée de la politique d'action sociale, on peut identifier avec Michel Autès une « *triple généalogie* » de celui-ci (Autès 1999). La première d'entre elles est la plus ancienne : il s'agit de l'assistance de service social, désormais plutôt appelée assistance sociale. Jeannine Verdès-Leroux l'analyse comme un outil des classes dirigeantes afin de contenir la classe ouvrière. Dans cette perspective, l'assistance sociale s'inscrit dans une volonté de pacification des rapports sociaux de classes :

> [Elle vise] dans un premier temps, à conjurer les menaces que faisait peser le mouvement d'organisation naissant de la classe ouvrière et, dans un second, à rendre impossible toute mise en cause directe de l'ordre établi en étendant la domination à toutes les sphères de la vie des dominés (Verdes-Leroux 1976, p. 57).

En dépit d'oppositions tranchées entre leurs auteurs[33], cette idée fait écho à la proposition de Jacques Donzelot, qui voit dans « *l'invention du social* » une sphère de discussion autonomisée du champ politique, de négociations et de transactions entre acteurs aux intérêts divergents, si ce n'est antagonistes (Donzelot 1984). Donzelot fait de l'autonomisation de cette sphère le facteur principal de « *déclin des passions politiques* », le social incarnant à ses yeux un pis-aller des oppositions entre républicains radicaux, modérés, socialistes, traditionalistes, etc. Dans cette optique, le travail social désigne la stratégie par laquelle les classes bourgeoises investissent le social, et plus spécifiquement le travail de

[33] Les analyses de Donzelot et de Verdès-Leroux sont fréquemment assimilées, toutes deux dénonçant le travail de contrôle et de normalisation qui s'exerce par le service social sur la classe ouvrière. Des différences marquées existent pourtant entre ces travaux, Verdès-Leroux proposant une analyse en termes de rapports sociaux de classes, Donzelot sur les modalités d'exercice du pouvoir et de gouvernement des conduites. À cet égard, il est remarquable que l'ouvrage de Verdès-Leroux commence par une critique sévère de la Police des familles, non pour lui reprocher sa portée critique, mais pour son recours à des « *grandes entités – l'État, la famille – développant, suivant des logiques autonomes, leur finalité propre* » et pour son « *parti pris d'ignorer, comme des dimensions "destituées", certaines catégories de l'appréhension du réel et, en premier lieu, la nature de classes des phénomènes sociaux* » (Verdès-Leroux 1978a, p. 8).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

moralisation déployé par des femmes issues de la bourgeoisie catholique auprès de ménages ouvriers, afin de leur inculquer les bonnes mœurs et de les détourner des tentations socialistes, si ce n'est révolutionnaires (Verdès-Leroux 1976, 1978a). Dans un premier temps, l'assistance sociale touche peu l'indigence. Elle cible avant tout la classe ouvrière intégrée en œuvrant dans les usines, dans des « *maisons sociales* » où les familles ouvrières et plus spécifiquement les femmes sont accueillies et se voient inculquer une éducation morale conforme aux mœurs bourgeoises (Chauvière 2004). Tout en soulignant l'existence de mécanismes de pacification et de contrôle social, plusieurs auteurs ont critiqué cette approche en lui reprochant sa dimension caricaturale et « *unidimensionnelle*[34] », rappelant l'existence de visées et de courants plus émancipateurs dans la structuration de l'assistance de service social, notamment du côté du catholicisme social (Rater-Garcette 1996 ; Autès 1999). Plus généralement, les missions de l'assistance de service social ont nettement évolué dans la seconde moitié du XXe siècle, se déplaçant de plus en plus vers un travail d'accompagnement des relations parents-enfants (Serre 2009 ; Tillard et Robin 2010), puis vers un travail d'ouverture des droits sociaux dans le cadre de relations fortement individualisées (Astier et Duvoux 2006). Il convient par ailleurs de souligner que l'assistance de service social est le plus ancien segment du travail social : un diplôme d'État est créé dès 1932, qui est révisé en 1938 puis en 1951. En 1946, les assistantes sociales se voient reconnaitre le secret professionnel, témoignant de la reconnaissance précoce dont jouit le groupe, de son statut stable et de son rôle central dans la professionnalisation du travail social. Tout au long de cette période, la formation reste, à quelques exceptions près, extérieure au système universitaire français (Iori 2018a).

La seconde généalogie du travail social est celle de l'éducation spécialisée. Celle-ci est étroitement liée à la prise en charge de l'enfance déviante. Une des particularités de cette catégorie est qu'elle a longtemps été divisée entre une frange déviante voire délinquante, et une frange dite « *anormale* » (Foucault 1999), plus généralement non responsable de sa situation, reproduisant de façon fractale la distinction entre pauvres méritants et imméritants (Chauvière, Lenoël, et Pierre 1996). La jeunesse délinquante fait l'objet de mesures d'enfermement et de redressement, les mesures éducatives s'affirmant plus nettement, bien que de façon hétérogène, à la fin de la première moitié du XXe siècle. Quant à l'enfance anormale, elle est principalement saisie par le biais de l'école (Muel-Dreyfus 1975) et, dès la fin du XIXe siècle, par des prises de position diverses de la part d'acteurs appartenant à différents champs (médecins aliénistes, fonctionnaires de l'Instruction publique, plus marginalement psychologues) qui cherchent à imposer leur définition du problème et des manières d'y répondre, en s'appuyant sur des

[34] Michel Chauvière identifie ainsi un « *effet Foucault* » : tout en lui reconnaissant une « *dette réelle* », il critique les travaux « *unidimensionnels et déterministes (c'est le leitmotiv du contrôle social), attributifs et comme fascinés (quelle efficacité étonnante avait la bourgeoisie en France au 19ème siècle !) […], soit un genre parfaitement illustré par la Police des Familles de J. Donzelot* » (Chauvière 1979, p. 324).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

catégorisations nosographiques qui amorcent très tôt la médicalisation du phénomène (Pinell et Zafiropoulos 1978 ; Morel 2018). Cette distinction se traduit dans deux législations pionnières du début du XXe siècle, qui entérinent en 1909 les classes de perfectionnement destinées aux écoliers « *anormaux* » d'une part, et en 1912 la création des tribunaux pour enfants, consacrés à la prise en charge de la jeunesse délinquante. Ces deux catégories de l'enfance anormale sont regroupées par l'unification du champ de l'enfance que le régime de Vichy qualifie désormais d'« *inadaptée* » (Chauvière 1980) : si la distinction entre les prises en charge plutôt répressives et plutôt éducatives perdure, elles sont désormais envisagées comme les deux facettes d'un même problème, d'ordre moral autant que social, et même médical (Morel 2010). L'éducation spécialisée se dote ainsi, par le biais de la technicisation du problème, de visées de redressement et d'encadrement de la jeunesse.

L'enfance déviante comme catégorie d'intervention et l'éducation spécialisée comme segment professionnel ne peuvent pas réellement être distinguées, tant leurs structurations respectives sont liées. Comme le souligne Chauvière, « *cette profession ne nait pas* sui generis *de scouts désœuvrés désireux de donner un sens à leur engagement juvénile, mais d'un programme d'action publique, daté et caractérisé, appuyé sur les travaux d'un conseil technique* » (Chauvière 1980, p. 101). Dans les années d'après-guerre, ces liens se renforcent considérablement avec une série de textes législatifs qui structurent l'armature de la protection de l'enfance : en 1945 sont publiées des ordonnances relatives à l'enfance délinquante, créant la direction de l'Éducation surveillée, rattachée au ministère de la Justice ; l'ordonnance de 1958 instaure la protection judiciaire de l'enfance en danger, qui se double au début de l'année 1959 d'un dispositif administratif chargé de faire le lien entre le secteur judiciaire et le secteur social ; finalement, en 1967, un diplôme d'État d'éducateur spécialisé pour l'enfance et l'adolescence inadaptées est créé. Ce point est important : la création de ce diplôme marque la volonté de reprise en main de l'État sur le métier. Elle se prolonge en 1974 avec l'instauration de quotas d'éducateurs en formation, qui participe également de l'assimilation des éducateurs spécialisés au groupe des travailleurs sociaux (Dubar 1970 ; Ravon et Ion 2012). Jusqu'alors, la structuration de l'éducation spécialisée avait été fortement marquée par « *l'initiative privée*[35] » d'acteurs issus du scoutisme, du catholicisme social, de la philanthropie et, plus marginalement, de milieux plus contestataires (Muel-Dreyfus 1980 ; Tricart 1981).

La troisième généalogie du travail social identifiée par Autès est celle de l'animation socioculturelle. Celle-ci désigne un segment du travail social qui s'est consolidé dans les années

[35] Pour Francine Muel-Dreyfus, cette initiative privée est jusqu'alors très largement acceptée par l'État : « *le marché de l'enfance et de l'adolescence "à problèmes" entretient à l'Éducation nationale un rapport de complémentarité pratique puisqu'il traite de "cas" qui échappent à l'École soit parce qu'ils ne peuvent pas y entrer, soit parce qu'ils en sont rejetés, et d'opposition symbolique : l'initiative privée se représente d'abord comme "initiative" face à une École "sclérosée" que son monopole de fait condamne à "l'immobilisme"* » (Muel-Dreyfus 1980, p. 49).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1960-1970, avec les prémices de la politique de la ville et le développement des équipements socioculturels (Autès 1999). Avant cette technicisation, l'animation est étroitement liée à l'éducation populaire, qui elle-même nait et se développe à la fin du XIXe dans le sillage des lois scolaires. Pendant la première moitié du XXe siècle, le secteur est marqué par un foisonnement d'initiatives, ici aussi principalement privées, dont l'objectif premier est de prolonger de diverses manières l'œuvre éducative de l'État. Deux principaux courants existent avec un courant « *laïc et républicain d'un côté, catholique social de l'autre* » (Autès 1999, p. 45). La coexistence de ces courants n'est pas pour autant pacifiée. Geneviève Poujol écrit ainsi que « *la caractéristique de cette notion d'éducation populaire, qui connait son apogée à la fin du XIXe siècle, est qu'elle sert de drapeau à des groupes sociaux et à des militants qui se combattent entre eux* » (Poujol 2005, 126). Autre caractéristique : son marquage politique à gauche ou au centre-gauche, y compris dans sa mouvance catholique, l'exemple archétypique étant la Jeunesse ouvrière chrétienne – JOC (Duriez, Fouilloux, et Michel 2001). L'éducation populaire évolue avec la technicisation de l'animation au cours des années 1960 et le développement des équipements collectifs :

> Le débat entre les courants laïc et catholique, va, surtout à partir des années 1960-1970, s'estomper, au profit d'un autre débat, celui entre les conceptions militantes et émancipatrices des courants fondateurs fortement référés aux idéaux de l'éducation populaire, et la vision techniciste, professionnalisée des nouveaux acteurs de l'animation socioculturelle (Autès 1999, p. 47).

La professionnalisation du secteur passe par la création de diplômes, dont le principal, le diplôme d'État aux fonctions d'animation (DEFA), est du même niveau (III) que les diplômes d'État d'assistance de service social et d'éducation spécialisée (Ravon et Ion 2012). Contrairement à l'éducation spécialisée et à l'assistance sociale néanmoins, l'animation socioculturelle ne s'inscrit pas au sein du ministère de la Santé et des Affaires sociales, mais de celui de la Jeunesse et des Sports, de sorte que « *son appartenance même au champ des professions sociales est un objet de débat interne à l'animation qui se construit en opposition forte à tout ce qui ressemble aux pratiques d'assistance* » (Autès 1999, p. 49). Cette question reste d'actualité, même si elle se pose différemment : au cours de la période récente et après une relative éclipse, l'éducation populaire a connu un renouveau visant à la réinscrire dans un travail de politisation des individus qu'elle cherche à toucher et des pratiques qui la caractérisent (Brusadelli 2017, 2018).

L'évocation de cette triple généalogie met en lumière la structuration simultanée et étroitement corrélée de l'État social et du travail social. Dans la *Montée des incertitudes*, Robert Castel propose « *l'hypothèse qu'il existe des correspondances assez étroites entre le développement de l'État social et celui du travail social. Il ne s'agit pas de relations de détermination mécanique, mais de participation à une dynamique commune* » (Castel 2009, p. 223). Castel développe et étaye cette hypothèse en se focalisant sur la seconde moitié du XXe

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

siècle, soit au moment où l'État social se déploie dans divers pans de la société. Or comme on l'a montré, il est possible d'envisager cette dynamique commune bien avant le déploiement de la Sécurité sociale : dès le moment où le « *social* » tend à s'autonomiser et à devenir un enjeu spécifique de gouvernement, le travail social accélère sa professionnalisation. D'abord limité à une portion congrue, celle de l'assistance aux figures traditionnelles de l'indigence, cet espace s'élargit, se spécialise et se recompose, et intègre finalement le vagabondage dans le dernier quart du XXe siècle.

III. La structuration de l'action sociale

Afin de comprendre comment le vagabondage s'inscrit progressivement dans une prise en charge assistancielle, il convient de restituer plusieurs éléments liés à une redéfinition des catégories de population défavorisées et à leur ciblage croissant par l'action publique. Ce processus s'observe en premier lieu dans le secteur de l'habitat social, dans le contexte de reconstruction post-Seconde Guerre mondiale. L'habitat social doit ici être entendu au sens large : il désigne l'ensemble des solutions d'habitat dont la gestion est pilotée ou déléguée par l'État. Dans les premières années de l'après-guerre et tandis que la répression du vagabondage s'essouffle, deux secteurs se (re)structurent, de façon nettement distincte : l'hébergement d'une part, le logement social d'autre part. À partir des années 1960, ces deux secteurs se rapprochent à la faveur de la multiplication des formes hybrides d'habitat et de la diffusion de mesures d'accompagnement social (1). Ce rapprochement contribue à euphémiser la distinction des figures de pauvreté, notamment par la promotion de nouvelles manières de les appréhender, centrées sur les notions d'inadaptation et d'exclusion. La période coïncide avec la place croissante qu'occupe le travail social dans le secteur de l'habitat et plus largement avec une forme d'apogée de la politique française d'action sociale (2). Finalement, l'intégration des vagabonds devenus clochards, sans-domicile fixe ou sans-abri, s'opère dans le cadre de l'essor de la « *nouvelle pauvreté* » (Paugam 1991) dont la « question SDF » constitue l'archétype (3).

1. Le vagabondage à la marge de l'habitat social

Jusqu'au milieu du XXe siècle, les solutions d'hébergement existantes résultent principalement d'initiatives localisées, le plus souvent privées et affiliées aux œuvres charitables. La création d'asiles de nuit gratuits est initiée par les milieux catholiques conservateurs, avant que les communes créent à leur tour des asiles (Katz 2015 ; Brodiez-Dolino et Ravon 2016). Une discipline sévère y règne, ainsi qu'une sélection drastique des candidats à l'hébergement : « *les asiles de nuit donnent de la visibilité aux personnes sans-abri*

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

tout en sélectionnant celles qui méritent la bienfaisance » (Katz 2015, p. 19). Les individus choisis sont ainsi distingués des vagabonds et la dichotomie entre pauvres méritants et imméritants se réfracte à une échelle plus fine. La situation de l'hébergement évolue considérablement après la guerre, quand l'État crée et régule le secteur de l'hébergement. Cette structuration passe par l'élargissement progressif des catégories de bénéficiaires. En 1946, les premiers centres d'hébergement accueillent les prostituées mises à la rue par la fermeture des maisons closes. L'aide sociale à l'hébergement est créée par le décret du 29 novembre 1953, parallèlement à l'aide aux infirmes, aux personnes âgées ou aux familles de militaires. L'arrêté du 20 décembre 1954 énumère les différents types de centres d'hébergement agréés ainsi que les populations qui y sont accueillies : femmes en danger de prostitution, « *personnes sans emploi et sortant d'établissements hospitaliers* », « *ex-détenus* », « *vagabonds des deux sexes estimés aptes à un reclassement, accompagnés ou non de leur famille*[36] ». Dans un premier temps, l'hébergement concerne des populations définies par leur déviance sociale plutôt que par leur pauvreté ou leur absence de logement. L'aide sociale à l'hébergement a vocation à la remise au travail et fait preuve d'une visée socio-éducative qui s'affirmera avec la professionnalisation du secteur dans les années 1970 (Alfandari et Maurel 1996 ; Bregeon 2008 ; Gérôme 2017). Témoin de cette structuration, une fédération des centres d'hébergement est créée dès 1956, qui deviendra en 1977 la Fédération nationale des associations d'accueil et pour la réadaptation sociale (FNARS). Regroupant alors 18 foyers, elle grandit et compte 80 associations adhérentes en 1963, 250 en 1982, 585 en 1997 et 870 en 2012, s'affirmant progressivement comme l'un des principaux interlocuteurs du secteur face à l'État et jouant le rôle de porte-parole des acteurs de l'hébergement[37].

Au tournant des années 1960, un arrêté et la circulaire chargée de son application précisent que les vagabonds doivent accepter des mesures de reclassement en vue de « *revenir à une vie normale* » (cité par Damon, 2007). L'accès à l'aide sociale à l'hébergement est conditionné à l'obligation d'attester d'une recherche d'emploi (Couvrat 1967 ; Alfandari et Maurel 1996), et préfigure l'investissement du secteur par les travailleurs sociaux. Ces derniers siègent au sein de commissions présidées par le juge d'application des peines qui sont chargées de décider au cas par cas de l'accès des candidats à l'hébergement (Couvrat 1967; Gardella 2014b). Ces textes marquent une étape importante puisqu'ils amorcent une rupture avec l'histoire longue de la prise en charge du vagabondage, en ouvrant la voie à une prise en charge

[36] Arrêté du 20 décembre 1954 fixant les conditions d'agrément des centres d'hébergement.

[37] En 2017 la FNARS est devenue la Fédération des acteurs de la solidarité, tout en conservant son acronyme. Le directeur général actuel de la FNARS est Florent Gueguen, ancien conseiller de Bertrand Delanoë à la mairie de Paris. Elle est présidée par Louis Gallois depuis 2012, haut-fonctionnaire ayant exercé différents mandats dans le champ politique (direction de cabinet, ministère de l'Industrie puis de l'Économie) et à la tête de grandes entreprises (SNCF, EADS), aujourd'hui président du conseil de surveillance de PSA. Il a succédé en 2012 à Nicole Maestracci, magistrate aujourd'hui membre du Conseil Constitutionnel.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

assistancielle. Ce glissement doit aussi être lu en lien avec la perte d'efficacité de la solution répressive, qui apparait de plus en plus obsolète :

> Dès les années 1950, les délits de vagabondage et de mendicité ont globalement été considérés comme surannés. À partir de ce moment, l'autorité judiciaire, en lien avec l'administration judiciaire et sociale, a eu tendance à favoriser l'accès des vagabonds à l'aide sociale, plutôt que l'application des peines (Damon 2002, p. 37).

Alors que le pic répressif est atteint à la fin des années 1880 avec environ 33 000 jugements de délits de vagabondage et de mendicité, ce chiffre diminue de manière continue jusqu'à la Première Guerre mondiale, puis remonte à environ 15 000 délits à la veille de la Seconde Guerre mondiale. Après un nouveau pic à 8 000 délits prononcés au milieu des années 1950, ce chiffre diminue jusqu'aux années 1970[38], avant qu'en 1992 et 1994 soient supprimés les délits de vagabondage et de mendicité, mettant officiellement fin au traitement répressif du vagabondage. Les délits de mendicité sont donc pour l'essentiel « *périmés* » (Renaut 1998) dès les années 1950. Progressivement, la figure étrange et étrangère du vagabond est remplacée par celle du « *clochard* », qui suscite la compassion voire la sympathie et incarne une figure de liberté là où le vagabond incarnait la paresse et suscitait la méfiance, voire la peur (Vexliard 1957 ; Gaboriau 1993).

Parallèlement à la structuration du système d'hébergement et au ciblage de ses bénéficiaires, l'État se réengage dans la politique du logement, dans un contexte marqué par l'urgence de la reconstruction d'après-guerre. La loi de 1948 « *sur les loyers* » (Voldman 1988) marque fortement la politique du logement des décennies d'après-guerre en instaurant diverses mesures qui articulent aides à la pierre et aides à la personne. Au même moment, les mouvements de squatters (GRMF 1992 ; Péchu 2006) et les communautés Emmaüs de l'Abbé Pierre, avec son appel à « *l'insurrection de la bonté* » durant l'hiver 1954 jouent un rôle décisif dans la visibilité des « *sans-logis* » (Brodiez-Dolino 2008). Mais cette publicisation ne sert pas réellement les vagabonds : « *ce que les contemporains ont qualifié d'"insurrection de la bonté", massive et inédite, en faveur des sans-logis, n'est toutefois pas tant une mobilisation sur le front du sans-abrisme que face à la crise du logement* » (Brodiez-Dolino et Ravon 2016, p. 43). Si l'appel de l'Abbé Pierre contribue à la création des « *équipes de ramassage des vagabonds* » (Gardella 2014a ; Brodiez-Dolino et Ravon 2016), transformées en Brigades d'assistance aux personnes sans-abri (BAPSA), ces dernières sont une « *force de police chargée de ramasser les personnes coupables des délits de vagabondage et de mendicité et de les ramener au centre d'hébergement de Nanterre* » (Gardella 2014a, p. 206). Un décalage se crée donc entre les sans-logis, dont le seul tort serait d'être pauvres et jetés à la rue par la guerre, et la figure du vagabond, menaçante et suscitant la méfiance. Ce décalage se traduit une nouvelle

[38] Ces chiffres sont tirés du graphique de Damon (2002, p. 37) à partir des données du ministère de la Justice.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

fois par un traitement différencié : contrairement au vagabondage qui relève de la justice puis d'une aide sociale conditionnée à des mesures de reclassement, la question qui est posée par les sans-logis est interprétée en termes de déficit d'offre de logements. Afin d'y remédier rapidement et d'empêcher la prolifération des bidonvilles, l'État impulse la création de logements d'urgence à la fin des années 1940, puis accentue l'effort d'élargissement du parc social à partir du milieu des années 1950 (Ballain 1993).

Pourtant, tandis que le parc social se reconstruit selon une volonté affichée de nivellement par le haut des conditions d'habitat et de sélection de ses occupants (Bonnet 2013), l'hébergement apparait de plus en plus comme une variable d'ajustement et comme un sas d'accès au logement. L'accès au logement social autonome est progressivement réservé à une catégorie de population identifiée comme digne de celui-ci et parfois conditionné à l'intervention sociale de professionnels, travailleurs sociaux et infirmières en premier lieu (Ballain et Maurel 2002). La différenciation des situations de pauvreté tend pourtant à s'euphémiser avec la multiplication de dispositifs hybrides : entre l'hébergement et le logement apparaissent des formes d'habitat intermédiaires, tels les logements d'urgence, qui constituent une modalité d'accès au logement social. Ces formes d'habitat sont faiblement normées et souvent temporaires. Elles amorcent la création de passerelles entre l'action sociale et le logement. Le cas des cités de transit, forme emblématique de logement temporaire et accompagné (Tricart 1977), est particulièrement représentatif du développement de ces dispositifs hybrides. Les foyers de travailleurs migrants, les cités d'urgence ou les foyers de jeunes travailleurs (FJT) sont d'autres exemples de la multiplication des formes d'habitat social situées à la frontière du logement et de l'hébergement. Le secteur de l'habitat social se structure ainsi jusqu'aux années 1970 selon une logique catégorielle, héritée de l'Assistance publique de la fin du XIXe siècle. Une telle structuration obéit à une logique de classement et de hiérarchisation de ses publics. Avec les vagabonds, les étrangers, au premier rang desquels les « *Nord-Africains* », font l'objet de traitements discriminatoires et d'un cantonnement systématique (Hmed 2008 ; Vulbeau 2018). Ces nouveaux types d'habitat incarnent le nouveau traitement différentiel des catégories de populations pauvres. La création d'un double patrimoine de logements sociaux en témoigne avec, d'une part, des grands ensembles ayant vocation à loger la classe ouvrière, voire son élite ; d'autre part, un système « *assistanciel* » qui renvoie à un logement « *de rééducation sociale* », « *éducatif* », « *propédeutique* » voire « *assignatif* », qui loge des populations « *indésirables* » ou « *inadaptées* » (Tricart 1977). L'hébergement se trouve en deçà du logement social : à la hiérarchisation tripartite de l'habitat social – logement social, logement d'urgence et accompagné, hébergement – correspond ainsi celle des populations aptes à en bénéficier – classes laborieuses, sous-prolétariat et immigrés, groupes déviants et errants.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Inadaptation, handicap, exclusion

Par rapport à notre problématique, les années 1970 constituent un tournant dans la mesure où elles marquent l'apogée de la politique d'action sociale élaborée à partir des années 1950 (Autès 1999, p. 114). Dès 1964 sont créées les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) ; en 1970 puis en 1974, une Direction de l'Action sociale puis un secrétariat d'État à l'Action sociale sont rattachés au ministère de la Santé : si le social reste sous tutelle sanitaire, ces créations témoignent de l'existence d'une politique d'action sociale concertée. Cette visée s'inscrit dans la politique de planification mise en œuvre par les dirigeants français d'après-guerre (Jobert 1981). Cette dernière ne se limite pas au secteur social : les mêmes acteurs, le plus souvent des hauts-fonctionnaires, sont successivement chargés de la réorganisation de différents pans de la société française (Bezes 2009 ; Gaïti 2014). Plusieurs parmi eux – Bernard Lory, René Lenoir, Jean-Michel Belorgey – investissent durablement ce sous-champ de l'action publique, qu'ils contribuent à autonomiser et qui leur permet en retour de faire carrière et d'être reconnus comme des acteurs clés de l'apogée de l'État social. Le social n'est pourtant pas une priorité des premiers plans. Dans les trois premiers, l'accent est plutôt mis sur la reconstruction économique – industrielle, matérielle et militaire – du pays. Le commissariat au Plan investit le social à partir du IVe plan (1960-1975) et surtout avec le VIe (1971-1975). Plusieurs rapports sont publiés : le rapport Laroque de 1962 sur la vieillesse, le rapport Dupont-Fauville de 1971 sur l'aide sociale à l'enfance, et surtout le rapport Bloch-Lainé de 1967 relatif à l'inadaptation et au handicap. Ce dernier propose une appréhension générale de la notion de handicap et de son rapport à l'inadaptation :

> Sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés, plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres. Ceux-là, dont le nombre et la variété s'accroissent, posent à la société des problèmes dont elle prend de plus en plus conscience depuis quelques années, mais qu'elle maitrise mal encore. L'inadaptation, ainsi définie de façon très large, est un phénomène aux limites incertaines, qui englobe des cas disparates. Le terme est cependant commode pour regrouper, motiver et orienter les mesures qui sont à prendre, en leur donnant un même titre, un même objectif, un même objet : assurer à ceux dont il s'agit un maximum « d'autonomie » compatible avec leur état, afin de les réinsérer dans leur milieu normal, autant qu'il est possible. Mais il faut bien voir que l'inadaptation n'est, dans chaque cas ou groupe de cas, que la conséquence d'autres faits qui sont les faits importants. D'une part ces enfants et ces adultes sont, à des degrés divers, sous des formes diverses, des « infirmes » au sens le plus étendu, et c'est à leurs infirmités, potentielles ou effectives, qu'il convient d'apporter des soins, préventifs ou curatifs ; d'autre part, à la gravité absolue de leur mal s'ajoute une gravité relative qui dépend du milieu dans lequel ils vivent. On dit qu'ils sont « handicapés » (dans l'acception française du mot, qui n'est pas celle de l'anglais originel, mais qui est assez commode), parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des « handicaps », c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale.
>
> Rapport présenté au Premier ministre, *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, François Bloch-Lainé (dir.), cité in Chauvière 2004, p. 158.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Parce qu'il est l'un des premiers à mobiliser le terme et parce qu'il influencera considérablement la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, plusieurs travaux ont souligné que ce rapport joue un rôle central dans la constitution du champ du handicap (Robelet et al. 2009 ; Baudot 2016 ; Cret et Guilhot 2016). La définition du handicap qui y est proposée est très large : elle renvoie à un ensemble hétérogène de situations définies par un état physique, mental, caractériel et même social, qui constituent des déviances « *par rapport à la normale* » et sont appréhendées comme des handicaps. Elle absorbe la notion d'inadaptation, qui n'était jusqu'ici appliquée qu'au secteur de l'aide à l'enfance, mais la dépasse en considérant inadaptés des adultes (Chauvière 2004). L'inadaptation n'est plus seulement une question d'âge et d'éducabilité pouvant être résolue par un repérage et une prise en charge précoces. Par le flou qui l'entoure, la notion d'inadaptation, tel qu'elle se stabilise à la fin des années 1960, regroupe peu ou prou les catégories de l'indigence de la fin du XIXe siècle. Comme l'indigence néanmoins, elle n'inclut pas encore le vagabondage.

Ce sera chose faite au milieu des années 1970, et plus précisément en 1974, avec la publication de l'ouvrage de René Lenoir, intitulé *les Exclus* (1974), dont l'influence dans la diffusion de la thématique de l'exclusion a été abondamment commentée. Lenoir est diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris et de l'École nationale d'administration (ENA). En 1974, il est directeur général de l'Action sociale. L'ouvrage prolonge la réflexion du rapport Bloch-Lainé, mais rencontre un écho beaucoup plus large. De fait, Lenoir et Bloch-Lainé, ainsi que d'autres hauts-fonctionnaires qui investissent durablement le social au cours de ces décennies, partagent des dispositions, notamment religieuses et militantes, qui s'accordent bien avec l'état du champ politique dans le contexte post-68 (Lafarge 2002) : ils jouent le rôle de passeurs, voire de porte-paroles d'associations dont le discours se veut de plus en plus structuré et influent en matière de politique sociale (Brodiez-Dolino 2008). Dans l'ouvrage de Lenoir, vagabonds et marginaux sont identifiés parmi les exclus, aux côtés des alcooliques, malades mentaux et autres suicidaires, débiles physiques ou mentaux. Lenoir et son ouvrage jouent donc un rôle probablement décisif dans l'évolution du regard porté sur les vagabonds et dans leur accès systématique à l'hébergement : le livre est publié en janvier et connait un succès immédiat ; l'auteur est nommé secrétaire d'État à l'Action sociale en juin ; en novembre est votée la loi « *étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires* », qui crée les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) auxquels ont accès toutes les personnes confrontées à « *un manque ou des conditions matérielles défectueuses de logement* » (loi n° 74-955). Dans le décret d'application de 1976, l'absence de logement devient le premier critère de définition du public accueilli au sein des CHRS (Alfandari et Maurel, 1996), incluant les vagabonds et les familles rencontrant des difficultés économiques.

On voit bien l'accélération assez soudaine qui amène à étendre l'aide sociale aux vagabonds. Elle illustre l'impression d'un apogée de la politique d'action sociale atteinte au

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

milieu des années 1970, notamment avec les lois de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales et en faveur des personnes handicapées. L'ouvrage de Lenoir contribue à diffuser une nouvelle clé de lecture du monde social, détachée des catégories socioprofessionnelles, des lectures de classes et plus largement des rapports sociaux, marque « *profond changement de la société dans son ensemble* » (Didier 1996, p. 6). La notion d'exclusion[39] est l'indice d'un changement diffus de paradigme d'un État social à un État néolibéral, et traduit l'évolution des représentations sur la structuration de l'espace sociale vers une société « *sans discours de classe* » (Dubar 2003a). Ainsi, comme le souligne Jeannine Verdès-Leroux, « *la vertu de ce concept d'exclus et de tous les débats qu'il permet, est d'exclure la question des origines de l'exclusion* » (Verdès-Leroux 1978b, p. 65). La « *justesse pratique* » du terme, qui décrit bien la marginalisation d'une frange croissante de la société française, occulte sa violence symbolique en détournant l'attention des inégalités socioéconomiques qui sont aux origines de l'exclusion (Lafarge 2002). Le recours à des catégories « médico-judiciaires » tend à naturaliser l'inadaptation et à en faire une tare individuelle, en dépit de son caractère massif et croissant. Dans les années 1970, il est d'ailleurs plutôt question d'exclus que d'exclusion, celle-ci ne s'affirmant comme un paradigme pleinement légitime que sous l'effet d'un travail de conversion observable au sein du champ politique, sous l'effet de la mobilisation d'acteurs issus des champs associatifs et académiques (Didier 1996 ; Lafarge 2002 ; Viguier 2013).

3. Action sociale et travail social

Le deuxième élément marquant de la décennie 1970 dans le champ social concerne le travail social lui-même. Au cours de ces années, celui-ci « nait » en tant que groupe professionnel relativement unifié (Ion et Tricart 1985). Cette unification émane moins des travailleurs sociaux eux-mêmes que d'acteurs externes aux métiers de l'action sociale. Trois éléments y participent. D'une part, l'unification est en partie liée à la critique des effets du travail social sur les populations que ses divers segments professionnels prennent en charge. Le contexte est celui des années post-68, au cours desquelles se développe une critique sociale portée par des intellectuels regroupés sous l'étiquette de la French Theory (Cusset 2003) – au

[39] Un double paradoxe entoure le titre de l'ouvrage : le terme exclusion est, dans les années 1970, plutôt marqué à l'extrême gauche, suite aux analyses de Foucault sur la société disciplinaire et ses dispositifs d'exclusion ; en outre, en dépit de son succès ultérieur, le terme ne résulte pas d'un choix fort de l'auteur ou de l'éditeur. J. Verdès-Leroux le suspectait en 1978 : « *comme si le titre avait été trouvé après coup, pour mieux vendre, sous un emballage nouveau, un discours de plus sur l'extension de l'inadaptation, l'ouvrage ne parle jamais d'exclus, mais de façon plus plate et traditionnelle d'inadaptés, et, en passant, de pauvres » (Verdès-Leroux 1978b, p. 61) ; E. Didier l'a confirmé en 1996 : « le titre proposé par R. Lenoir dans son manuscrit était L'autre France, et il n'y était pas question une seule fois du vocabulaire de l'exclusion, notion que l'auteur jugeait politiquement marquée. […] E. Blanc [éditeur de Lenoir] ne parvint pas à en déterminer l'origine mais reconnut, sur notre suggestion, qu'il était peut-être imputable à l'écho rencontré par les travaux de Foucault* » (Didier 1996a, p 15).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

premier rang desquels Michel Foucault, Gilles Deleuze ou Jacques Derrida – qui cible de nombreux pans d'une société dont le conservatisme apparait de plus en plus flagrant. La dénonciation des mécanismes de contrôle, de surveillance et de normalisation des publics déviants, si elle touche d'abord la prison ou l'asile (Foucault 1975 ; Castel 1976), s'élargit bientôt à des formes de contrôle plus insidieuses, aux apparences bienveillantes (Lenoir 1997, 2005). C'est dans ce contexte qu'est publié le numéro de la revue *Esprit*, intitulé « Pourquoi le travail social ? » (Esprit 1972), qui désigne par une appellation unifiante un ensemble de situations de travail diverses, exerçant dans des contextes relativement différents et selon des techniques variées, mais ayant pour principal trait commun de prendre en charge les « *populations à problèmes* » (Ion et Tricart 1985; Aballéa 2000).

Ce numéro est souvent mis en perspective avec celui paru 26 ans plus tard dans la même revue, intitulé cette fois « À quoi sert le travail social ? », qui adoptera un propos beaucoup plus nuancé et moins dénonciateur des effets du travail social : celui-ci sera même considéré, de même que les populations dont il a la charge, comme subissant les effets désintégrateurs d'un nouvel âge du capitalisme (Esprit 1998). En 1972 néanmoins, la critique est particulièrement acerbe et inaugure la publication d'une série d'analyses dans la même veine, dont certaines ont déjà été évoquées dans ce travail (Lascoumes 1977; Donzelot 1977; Verdès-Leroux 1978c) : le travail social est analysé comme un instrument de contrôle social, de moralisation et de normalisation des populations déviantes. Il s'est substitué à des outils plus explicites de contrôle des déviances tels que la prison ou l'hôpital psychiatrique, en gardant leurs finalités de surveillance et d'anéantissement des subjectivités humaines (Esprit 1972). En dépit de la critique portée par cette démarche, plusieurs travaux (Ion et Tricart 1985 ; Autès 1999) ont souligné qu'elle a paradoxalement contribué à présenter sous un terme générique un ensemble de pratiques et de métiers perçus jusqu'alors comme ayant leur histoire propre, mais aussi dans une certaine mesure, leurs publics et leurs champs d'intervention propres : aux assistantes sociales les « *cas sociaux* » et la cellule familiale, aux éducateurs spécialisés l'enfance inadaptée, aux animateurs l'accès à la culture et à la formation. De sorte que lorsque les sciences humaines et sociales se saisissent du travail social dans les années 1970, elles lui reconnaissent une logique et une identité professionnelles qui, si elles sont paradoxales ou problématiques, n'en participent pas moins de la définition du groupe professionnel.

Conjointement à la critique qui émane des sciences humaines et sociales, l'unification du groupe professionnel est aussi liée à la politique d'action sociale elle-même et à la recherche d'une plus grande cohérence d'action de la part de l'administration (Jobert 1981 ; Ion et Tricart 1985 ; Autès 1999). C'est dans l'optique d'une rationalisation des interventions réalisées tant par les professionnels que par les institutions auxquelles il se rattache que l'administration se saisit du social. On peut ainsi citer, entre autres, la création en 1967 du métier de travailleuse familiale, rattachée à l'assistance de service social et qui deviendra technicienne de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'intervention sociale et familiale (TISF 1999), et du diplôme d'État d'éducateur spécialisé ; en 1970, du métier d'animateur et de moniteur-éducateur ; en 1972 de celui d'aide médico-psychologique ; de ceux d'éducateur de jeunes enfants et de conseillère en économie sociale et familiale en 1974 (Ravon et Ion 2012). En 1975 sont créés les Instituts régionaux du travail social (IRTS) et est mise en œuvre la sectorisation sociale, préfigurant le rôle central du département dans l'aide et l'action sociales après les lois de décentralisation de 1982 (Lafore 2004). En somme, l'administration cherche au cours de ces années à remettre la main sur le secteur pour affirmer « *son rôle de contrôleur, de coordinateur, de régulateur ou de promoteur sur l'ensemble des institutions* » (Castel 2009, p. 228). Dans une optique sensiblement éloignée de l'analyse critique des sciences humaines et sociales, l'État influe sur l'unification du travail social. Jacques Ion et Jean-Paul Tricart soulignent ainsi que ces deux discours en apparence opposés sur le travail social « *contribuent l'un et l'autre à faire exister socialement le travail social, et pour une part ils s'alimentent l'un l'autre – [l'administration] assurant le financement contractuel des recherches sur le « contrôle social » et intégrant certaines de leurs conclusions dans ses propres réflexions* » (Ion et Tricart 1985, p. 140).

Un troisième élément permet de saisir l'affirmation du travail social comme groupe professionnel à cette époque, en faisant le lien entre le travail de définition des situations d'inadaptation et d'exclusion et les actions mises en œuvre par les professionnels des différents métiers du travail social. Ion et Tricart l'expriment précisément :

> Les professions sociales ont longtemps partagé la marginalité des populations dont elles avaient la charge (les assistances [*sic*] sociales s'occupant des « cas sociaux », les éducateurs des « enfants inadaptés »). Cette marginalité des professions s'est estompée à mesure que la prise en charge de ces populations s'est présentée comme un enjeu social et politique central. Rien d'étonnant au succès que la thématique des « exclus » a rencontré dans le milieu professionnel au cours de la dernière décennie : reconnaitre l'existence des « exclus », c'était aussi reconnaitre l'existence et le nombre des « préposés aux exclus » ; et considérer les exclus comme un ensemble – au-delà des étiquettes diverses de pauvre, de délinquant, de handicapé, etc. – c'était aussi considérer comme un ensemble ceux ayant pour mission de les prendre en charge (Ion et Tricart 1985, p. 142).

Parce qu'ils sont chargés de relayer les réseaux de socialisation primaire et d'enrayer la désaffiliation des populations définies par les problèmes qu'elles rencontrent (Castel 2009), les travailleurs sociaux sont définis par ces populations et ces problèmes. Lorsque l'inadaptation, le handicap ou l'exclusion sont les incarnations de la question sociale dans le contexte de l'effritement de la société salariale, ils sont corrélativement identifiés comme les plus à même de prendre en charge ces figures afin d'assurer leur réadaptation ou leur réinsertion. De même, lorsque les vagabonds, clochards ou sans-domicile seront identifiés comme un problème social, les travailleurs sociaux seront amenés à s'en saisir et à assurer sa prise en charge.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

IV. Question SDF et sans-abrisme : l'amorce de la professionnalisation

À la faveur de la diffusion de la notion d'exclusion et des représentations associées, le vagabondage s'inscrit progressivement dans une prise en charge assistancielle. Mais la situation demeure incertaine : les textes qui entérinent l'accès à l'hébergement des vagabonds au même titre que toutes les autres personnes dépourvues de logement n'annulent pas les dispositions du Code pénal. Jusqu'aux années 1992-1994, dates auxquelles est votée puis entre en vigueur la réforme du Code pénal qui supprime les délits de mendicité et de vagabondage, la prise en charge oscille entre les paradigmes assistanciel et répressif (Rullac 2008). C'est au cours de cette période d'incertitude que se dessine la juridiction contemporaine de la question SDF et de sa prise en charge, d'abord avec le déploiement de nouvelles manières d'envisager la pauvreté et l'exclusion (1), puis avec le ciblage de plus en plus précis des personnes sans-domicile dans les modalités de prise en charge de la pauvreté (2), enfin avec l'investissement décisif d'acteurs qui vont contribuer à la connaissance et à la prise en charge du phénomène (3).

1. Nouvelle pauvreté, précarité et exclusion

Au tournant des années 1980, on observe un tournant dans les représentations de la question sociale : du constat de situations d'inadaptation et d'exclusion le plus souvent renvoyées à des tares individuelles expliquées à partir de psychogenèses, on passe à l'analyse d'un phénomène qui touche un nombre croissant d'individus et de groupes jusqu'alors intégrés. Il est désormais question de « nouvelle pauvreté » et de « précarité ». Avec ces catégories, « *l'accent fut donc mis, non plus essentiellement sur les groupes marginaux jugés inadaptés au progrès comme cela était le cas dans les décennies précédentes, mais sur des couches de la population considérées comme parfaitement adaptées à la société moderne et victimes malgré elles de la conjoncture économique et de la crise de l'emploi* » (Paugam 1997, p. 135). Ces catégories sont pensées conjointement : en témoignent le rapport rendu par Gabriel Oheix, alors conseiller d'État, au Premier ministre Raymond Barre en 1981, qui s'intitule *Soixante mesures pour lutter contre la pauvreté et la précarité* ; les « Plans de lutte contre la pauvreté et la précarité » mis en œuvre mis en œuvre à partir de l'hiver 1983-1984 ; en témoigne aussi le titre du rapport de Joseph Wresinski, fondateur de l'association Aide à toute détresse (ATD)-Quart Monde, remis au Conseil économique et social en 1987 : *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*.

La « nouvelle pauvreté » désigne un phénomène collectif, résultant d'évolutions socioéconomiques structurelles apparues dans le dernier quart du XXe siècle (Duvoux 2011). La nouveauté réside dans son caractère diffus : la pauvreté n'est plus ce phénomène résiduel

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

affectant ceux qui pouvaient jusqu'alors être désignés comme « quart-monde » ou « sous-prolétariat », mais donne désormais l'impression de pouvoir atteindre tout un chacun, indépendamment de la position sociale d'origine. La diffusion de ce sentiment d'exposition à la pauvreté est étroitement articulée à la précarisation des modes de vie : instabilité de l'emploi, vulnérabilité sociale et sanitaire, incertitude des conditions de logement, effritement des protections assurées par l'État social (Castel 2009)… La précarité renvoie plus largement à une situation d'incertitude et de difficulté à se projeter. Elle reste avant tout attachée à des difficultés socioéconomiques dont les répercussions sont visibles dans différents pans de la vie sociale, biologique et psychologique – santé, emploi, logement, accès aux droits (Bresson 2015). Dans un premier temps, la diffusion de ces nouvelles catégories d'appréhension de la question sociale participe de la conversion d'acteurs du champ politique, et notamment de la gauche socialiste au pouvoir à partir de 1981, à la thématique de l'exclusion (Lafarge 2002). Dans un second temps, elles sont plébiscitées par un nombre croissant d'acteurs dans les années 1990 : d'abord dans les périphéries du champ politique national et auprès des organismes de recherches et de statistiques rattachés à la Direction de l'action sociale, puis au sein du champ médiatique, l'exclusion s'imposant comme une rubrique qui fait l'objet d'un traitement spécifique par des journaux comme *Le Monde* ou *La Croix* (Lafarge 1997). Enfin, ces notions sont légitimées par les usages et les discussions dont elles font l'objet au sein du champ académique (Paugam 1996). Elles ne sont pourtant pas consensuelles : elles sont abondamment discutées, critiquées et font l'objet de controverses quant à la réalité sociologique qu'elles prétendent décrire ainsi qu'aux effets politiques de leurs usages. Dans ce contexte doublé d'une permanence de la judiciarisation des pratiques d'errance et de mendicité, que la juridiction s'est progressivement construite à travers un ciblage progressif de ce qui sera bientôt formulé comme une « question SDF » (Damon 2002a).

2. Les deux voies de la prise en charge : insertion et urgence sociale

Ce ciblage s'opère par deux biais. En premier lieu, sous l'effet de la diffusion du nouveau paradigme d'action publique qui s'affirme comme la principale réponse au développement de la nouvelle pauvreté et de l'exclusion, à savoir l'insertion. Celle-ci désigne une nouvelle manière d'envisager les rapports entre le social et l'économique, qui s'affirme dans un contexte de ralentissement de la croissance et de hausse du chômage. Alors qu'en période faste, l'économique peut « payer le social » (Autès 1999), le rapport s'inverse en période de ralentissement : le social doit participer activement à l'économique. L'accent est donc mis de façon systématique sur l'emploi. Celui-ci doit être atteint par une « contractualisation de l'assistance », fondée sur une injonction à l'autonomie mise en œuvre dans le cadre d'une relation construite autour d'un projet individuel (Castel 1995 ; Duvoux

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2009). À travers leurs pratiques d'accompagnement, les travailleurs sociaux ont ainsi pleinement participé à l'essor de l'insertion, qu'Autès qualifie de « cheval de Troie du social[40] ». L'insertion nait officiellement dans les années de 1980 des rapports Schwartz sur l'emploi et la formation des jeunes (1981), Dubedout (1983) sur la ville et Bonnemaison (1983) sur la délinquance. Dès les années 1950 néanmoins, les mesures dites de réadaptation fleurissent au sein des centres d'hébergement. La création des CHRS en 1974 et la publication d'une circulaire relative à l'organisation du travail des « handicapés sociaux » visent à définir et à réglementer les modalités de mise en œuvre du travail des personnes hébergées en CHRS ou accueillies en club de prévention (Gérome 2015b). Les centres d'adaptation à la vie active (CAVA) sont ainsi créés, qui organisent la mise au travail des personnes hébergées. Le travail d'accompagnement en CHRS se professionnalise. Cette évolution augure le déploiement de l'insertion par l'activité économique (IAE) et, plus généralement, les visées de réinsertion du secteur. Par ce biais, les éducateurs spécialisés et, dans une moindre mesure, les animateurs investissent le secteur et sont déjà amenés à travailler auprès de personnes SDF.

En second lieu et parallèlement à l'insertion, la pauvreté est envisagée de façon croissante comme un problème public qui exige une prise en charge prioritaire du fait de son caractère croissant et diffus (Gusfield 1981 ; Lipsky et Smith 1989). Dans ce contexte, la situation des personnes vivant à la rue va progressivement faire l'objet d'une prise en charge spécialisée. Depuis les années 1950, le terme « clochard » s'est répandu. Julien Damon observe pourtant « *une certaine insistance sur les différences entre les clochards et les nouveaux pauvres. Ces derniers seraient des "victimes de la crise", à l'inverse des clochards qui seraient responsables de leur situation, ayant choisi leur condition* » (Damon 2002, p. 94). Le développement de la nouvelle pauvreté a donc un effet paradoxal sur les personnes sans-domicile : elle contribue à rendre visibles les clochards tout en s'en distinguant. Rien n'est dit sur les clochards, les sans-abri, les sans-domicile fixe dans le rapport Oheix, ni dans les rapports suivants qui contribuent à mettre la pauvreté à l'agenda politique au tournant des années 1980 (Gardella 2014a). Le déclic s'opère principalement avec le froid et ses effets sur les plus vulnérables : au cours des hivers 1982 et 1983, particulièrement rudes, plusieurs personnes meurent de froid dans la rue (Gardella 2014b). En 1984, des maires de l'Association des maires des grandes villes de France appellent à une intervention de l'État. Jacques Chirac alors maire de Paris souligne que les communes ne pourront assumer seules les efforts nécessaires afin

[40] Selon Gérard Mauger, « *tout se passe comme s'il s'agissait, pour les uns et les autres, de faite réparer par "la main gauche" de l'État les dégâts occasionnés par "la main droite" (i.e. par la mise en œuvre d'une politique néolibérale), mais surtout de focaliser le débat, donc aussi l'attention, sur les activités de la main gauche et – coup double – de la détourner des activités de la main droite, enfin de redéfinir au fil du temps les activités de la main gauche (des tentatives de requalification des chômeurs à la gestion des "inemployables", etc.) de telle sorte – coup triple – qu'elles dédouanent celles de la main droite* » (Mauger 2001, p. 9).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'assurer la prise en charge hivernale de la pauvreté. À partir de l'hiver 1983/1984, sont développés les premiers plans de lutte contre la pauvreté et la précarité.

Comme l'a souligné Gardella, l'une des caractéristiques les plus saillantes de ces plans tient au fait qu'ils annoncent déjà la structuration de l'urgence sociale telle qu'elle se déploiera à partir du début des années 1990, c'est-à-dire comme mode de prise en charge réactif, voire proactif, visant à assister les personnes sans-domicile (Gardella 2014a). Après le premier plan mis en place au cours de l'hiver 1984, la démarche est reproduite d'année en année, chaque hiver, et contribue au ciblage de plus en plus précis des personnes SDF. Ce ciblage devient explicite à partir du plan de 1989-1990. Le principal élément qui permet de l'expliquer tient à la mise en œuvre, à partir de 1988, du revenu minimum d'insertion (RMI) : déjà évoqué sous la forme d'un « soutien social » par le rapport Oheix en 1981, il est remis au goût du jour par le rapport Wresinski de 1987. Sa mise en œuvre en 1988 est envisagée comme une réponse globale à la pauvreté et s'articule à des mesures dans le domaine de la politique de la ville, du logement ou encore de la santé, autant de facettes des politiques d'insertion. En creux de cette réponse globale, les plans pauvreté-précarité s'affirment comme des outils ciblant spécifiquement SDF et clochards : une hausse des crédits alloués à la prise en charge de ce qui commence à être appelé « urgence sociale » s'observe à partir de 1989 et plus nettement en 1993-1994, dates de création et de déploiement du Samu social (Damon 2001). À côté du système d'hébergement visant à la réinsertion des personnes accueillies en CHRS, pour la plupart des familles ou des personnes rencontrant des difficultés socioéconomiques et cherchant un logement ou un emploi, se structure ainsi un système d'urgence sociale proposant l'accueil et l'hébergement sur une courte période de personnes plus marginalisées et pour lesquelles les mesures d'insertion sont inadaptées. La segmentation du système d'hébergement se dessine à cette période et annonce déjà la structuration *en escalier* du système de prise en charge des personnes sans-domicile (Pichon 1996 ; Soulié 1997 ; Marpsat, Firdion, et Delarue 2000). Au milieu des années 1980, la question SDF est posée.

3. Le rôle des acteurs associatifs et académiques

Deux derniers points méritent d'être évoqués afin de comprendre l'apparition d'une juridiction de la prise en charge de la question SDF, à partir du milieu des années 1980, et sa consolidation dans les années 1990. D'une part, plusieurs acteurs dont certains sont des « *entrepreneurs politiques* » (Damon 2002a) jouent un rôle décisif dans la formulation de la question SDF comme forme archétypique et donc limite de la pauvreté qui se développe dans les années 1980. Parmi ces acteurs, il y a des acteurs de la société civile, au premier rang desquels les acteurs associatifs et les fondations (Armée du Salut, Secours populaire, Secours

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

catholique, ATD-Quart-Monde, Fondation Abbé Pierre, etc.). Leur rôle est double, puisqu'ils assurent une partie de la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge des pauvres, endossant le rôle joué par les congrégations et les acteurs philanthropiques au cours de l'histoire ; mais ils cherchent aussi à influencer les politiques sociales, notamment grâce à leurs dirigeants dont certains sont des figures charismatiques (Brodiez-Dolino 2008). Cette influence peut prendre des formes diverses, entre une contestation frontale et des actions de désobéissance civile, ou à l'inverse un travail de lobbying plus diffus, étroitement lié à la capacité à construire un mouvement puissant et à nouer des liens avec les acteurs politiques. On peut également penser aux Restos du cœur, créés en 1985 par Coluche, et aux Enfoirés : bien qu'éloignés sociologiquement des acteurs traditionnels de l'action sociale, leur mobilisation a pu contribuer à rendre visible et à médiatiser un problème qui reste autrement l'affaire de ceux qui cherchent à y répondre. Comme on le verra dans la seconde section, aux acteurs associatifs s'ajoutent les acteurs humanitaires, qui jouent un rôle décisif dans la mise à l'agenda politique de l'accès aux soins des populations les plus précaires.

Il faut enfin souligner que, concomitamment à ces mobilisations multiples d'acteurs associatifs, humanitaires, professionnels et politiques, les situations de dénuement que connaissent les personnes dépourvues de logement s'affirment de façon croissante comme un objet d'étude scientifique, et plus spécifiquement sociologique. Après la publication du *Clochard* d'Alexandre Vexliard en (1957), les sciences sociales délaissent cette figure. Dans les années 1980, la visibilité croissante des personnes privées de logement dans l'espace public se double du développement d'un nouveau champ de recherches qui, comme l'explique Pascale Pichon, s'organise autour du Plan urbain au tournant des années 1990. Celle-ci parle ainsi d'une « *double apparition, qui se manifeste dans l'espace public et dans la recherche*[41] ». C'est par le biais du Plan Urbain – qui devient le Plan urbanisme construction architecture en 1998 – service interministériel dédié à la ville, son architecture, ses usages, etc., que la question SDF fait l'objet d'un nombre croissant d'analyses (Jouenne, Amistani, et Teissonnières 1993 ; Bresson 1995, 1997 ; Pichon 1992, 1996, 1998)[42]. D'autres institutions, telles que la RATP, la SNCF, l'INED puis l'Insee prennent le relais : les deux premières, principalement du fait des usages détournés des espaces dont elles ont la charge par les personnes sans-domicile (mendicité, mise à l'abri au sein de gares, de rames et de stations de métro, etc.) ; les secondes

[41] Pascale Pichon, intervention d'introduction des journées d'étude « Aux frontières du sans-abrisme » des 17 et 18 mai 2018. Les éléments qui suivent sont tirés de cette intervention. Celle-ci visait à restituer la généalogie d'un réseau de recherche intitulé « Aux frontières du sans-abrisme », existant en tant que tel depuis une dizaine d'années, et au sein duquel j'ai pu, ainsi que d'autres jeunes chercheur-e-s, présenter mon travail.

[42] Le Plan Urbain finance des programmes scientifiques et notamment des thèses. Participent Pascale Pichon, Maryse Bresson, Claudia Girola, Patrick Bruneteaux, Julien Damon, et les directeurs de thèse de certain-e-s d'entre eux et elles, Jean-François Laé, Isaac Joseph, Daniel Terrolle, Numa Murard. Selon Pascale Pichon, des « épistémologies différentes » se croisent, entre une « sociologie de la domination » incarnée par Daniel Terrolle et une « épistémologie interactionniste » portée par Isaac Joseph.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

pour des enjeux de dénombrement des personnes sans-domicile. Cette structuration autour d'institutions ayant en commun de s'intéresser aux populations, à l'espace et à ses usages témoigne bien de l'irruption de la question SDF dans différents champs, et explique le souci croissant dont elle va faire l'objet afin d'être prise en charge. Si elles s'opposent en partie, elles se nourrissent également et contribuent à la formation d'un champ de recherche, dont il conviendrait de restituer plus précisément les influences ou les échanges avec le système de prise en charge contemporain.

***

Cette première section a permis de retracer la généalogie de la prise en charge de la question sociale, et plus spécifiquement des situations d'errance, d'absence de domiciliation et de mendicité. Longtemps situé du mauvais côté de la frontière qui distingue l'octroi légitime des secours de la punition, le vagabondage a vu les représentations qui lui sont associées évoluer considérablement au cours du XXe siècle. La prise en charge s'inscrit progressivement dans un paradigme assistanciel à travers la structuration de l'aide et de l'action sociales, la mobilisation d'acteurs associatifs, politiques, académiques, et finalement la suppression des délits de vagabondage et de mendicité. Faisant l'objet d'un ciblage de plus en plus précis, la question SDF est posée au milieu des années 1980 alors que le contexte socioéconomique se dégrade et que l'effritement de l'État social inscrit une frange de plus en plus large de la société française dans le précariat. À partir de là, et selon une dualité entre prise en charge d'urgence et accompagnement de réinsertion mobilisant des segments professionnels spécifiques, le système de prise en charge des personnes sans-domicile se structure et se professionnalise. Cette professionnalisation passe néanmoins par l'investissement croissant des professionnels de santé, investissement dont il convient également de restituer la généalogie.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. De l'hôpital à la prise en charge extrahospitalière des pauvres : champ médical et médecine sociale

La seconde section de ce chapitre est consacrée à la généalogie du champ médical. Comme dans la première section, celle-ci est appréhendée dans l'optique de la formation d'un espace pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de prise en charge des personnes sans-domicile. On se concentre ici sur les dimensions de la santé et de la médecine les plus étroitement liées au champ social, et plus spécifiquement à la prise en charge de la pauvreté et des déviances qui lui sont associées. C'est donc la médecine sociale au sens large, entendue à la fois comme un ensemble d'institutions, de professionnels et de pratiques assurant la bonne santé de la population, mais aussi plus spécifiquement comme l'ensemble des pratiques de santé participant de la résolution des problèmes sociaux qui nous intéresse plus particulièrement ici (Pinell 2009). Trois points sont abordés dans cette section. En premier lieu, on analyse le développement de la médecine sociale en France. Celle-ci nait au XVIIIe siècle, lorsque la santé devient un enjeu politique et à mesure que les savoirs médicaux évoluent, dans le contexte du déploiement d'une nouvelle manière de gouverner centrée sur les dispositifs de régulation, de contrôle et de surveillance : la biopolitique (Foucault 2004a). L'hôpital glisse lentement du champ de la prise en charge de la question sociale vers le champ médical et contribue ainsi de façon croissante à l'organisation et à la professionnalisation de la médecine moderne (I). En second lieu, on étudie la structuration du champ de la psychiatrie : celui-ci peut être envisagé comme un sous-champ relativement autonome, étroitement rattaché à la médecine sociale. Initialement envisagée comme la solution à un problème d'ordre public, la psychiatrie a progressivement élargi ses objets et domaines de compétences, pour occuper jusqu'au milieu du XXe siècle une position originale qu'il convient d'expliciter (II). Enfin, des évolutions récentes ont modifié les modalités de prise en charge médicale des pauvres. Leur rejet croissant par les structures hospitalières, dans un contexte de technicisation et de rationalisation budgétaire, ainsi que la mobilisation d'associations humanitaires contribuent à un renouveau de la médecine sociale (III).

I. La médecine sociale dans le champ médical

Dans l'histoire de la médecine, un tournant majeur a lieu à la fin du XVIIIe siècle. Ce tournant est étroitement lié à la « *naissance de la clinique* » (Foucault 1963), qui se substitue à la théorie des humeurs et cherche les origines de la maladie dans les lésions qui affectent les corps malades. L'observation rigoureuse et la connaissance de l'anatomie sont les principaux

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

outils de l'appréhension de la maladie. Le changement s'observe également dans les structures institutionnelles. Des facultés de médecine sont créées ; la tutelle cléricale au sein des hôpitaux s'affaiblit considérablement au profit de celle des médecins ; l'État joue un rôle de plus en plus important dans la nouvelle organisation du champ médical.

Dans la structuration de ce champ de la médecine moderne, la constitution d'un sous-espace spécifique nous intéresse plus particulièrement, celui de la médecine sociale. Cette dernière se développe dans un contexte de renouvellement des modalités d'exercice du pouvoir de l'État, qui cherche de moins en moins à interdire et à sanctionner les pratiques et les individus, et de plus en plus à surveiller, contrôler et réguler les flux, les populations et leurs conduites : aux mécanismes disciplinaires se substituent les techniques biopolitiques, dont la médecine sociale est un instrument privilégié (1). Aux évolutions des techniques de gouvernement répondent celles des institutions hospitalières : alors que l'hôpital a longtemps assuré des fonctions d'assistance, plus marginalement de soin, mais aussi d'enfermement des populations indigentes, il s'affirme comme un espace d'enseignement et de recherche avec le développement de la médecine moderne. Les hôpitaux se médicalisent à mesure qu'ils sont investis par les médecins ; en retour, la médecine se professionnalise en s'appuyant de façon croissante sur des institutions spécifiquement destinées au soin et valorisant le savoir médical (2). Plus généralement, la profession s'organise sous l'influence des nouveaux rapports de pouvoir qui traversent le champ médical. De nombreux travaux ont étudié la sociohistoire de la médecine, souvent envisagée comme un cas archétypique des processus de professionnalisation voire comme un modèle pour les autres métiers ou groupes professionnels. On restitue ici les grandes lignes de la professionnalisation de deux segments du travail médical dont les membres ont été fréquemment rencontrés au cours de l'enquête de terrain : les médecins généralistes d'une part, les infirmières d'autre part (3).

1. Biopolitique et médecine sociale : la santé comme objet politique

Le développement de la médecine moderne au XVIIIe siècle s'opère à travers un ensemble de transitions et de ruptures initiées au cours des années 1790, qui traduisent la volonté révolutionnaire de faire table rase des institutions d'Ancien Régime. Divers éléments participent de ce développement, tels que la naissance de la clinique, la laïcisation des hôpitaux, le développement de nouvelles missions hospitalières, l'amorce de professionnalisation de la médecine, le développement des techniques et outils de soin, etc. (Léonard 1981 ; Faure 1994 ; Rabier 2010). On peut néanmoins identifier un facteur plus large, qui renvoie à des évolutions dans les modalités de gouvernement. Les analyses de Michel Foucault ont mis en lumière le progressif changement qui s'opère, à partir du XVIIIe siècle et plus nettement encore au XIXe

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

siècle, dans les manières de gouverner et de concevoir les moyens et les finalités de l'exercice du pouvoir (Foucault 1975, 2004a, 2004b). À un mode de gouvernement fondé sur la contrainte, l'interdiction et la correction, se substitue progressivement un autre, qui s'appuie sur des mécanismes de régulation, de surveillance et de contrôle des conduites et des sociétés humaines.

Dans le domaine de la santé plus particulièrement, Foucault observe une transition de l'ensemble des techniques de (re)dressement des corps, propres aux sociétés disciplinaires, vers la biopolitique, entendue comme « *l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir* » (Foucault 2004b, p. 8). Les états de santé, jusqu'alors envisagés exclusivement à travers la maladie, elle-même souvent synonyme de mortalité, cessent peu à peu d'être appréhendés à un niveau strictement individuel et deviennent un problème collectif ; la santé s'affirme comme un objet complexe, protéiforme, particulièrement propice au gouvernement des sociétés humaines. En somme :

> C'est l'apparition de la santé et du bien-être physique de la population en général comme un des objectifs du pouvoir politique. […] Les divers appareils de pouvoir ont à prendre en charge les corps, non pas simplement pour exiger d'eux le service du sang ou pour les protéger contre les ennemis, non pas simplement pour assurer les châtiments ou extorquer les redevances, mais pour les aider, au besoin les contraindre, à garantir leur santé. L'impératif de santé : devoir de chacun et objectif général (Foucault 1976a, p. 3).

La principale clé de lecture des changements qui touchent à la fois l'exercice du pouvoir et le domaine des savoirs réside dans le déploiement d'une nouvelle conception de la population. Avant cette époque, la population est presque uniquement envisagée en lien avec des taux de mortalité très élevés, qui tendent à mettre en péril la pérennité des États. S'il faut la préserver, c'est avant tout dans l'optique d'une conquête de nouveaux territoires, car elle est synonyme de puissance. Mais à partir du XVIIIe siècle, la population devient « *une totalité de ressources et de besoins. […] De là découle une transformation centrale dans la conception de l'exercice du pouvoir. Il ne s'agit plus de conquérir et de posséder, mais de produire, de susciter, d'organiser la population afin de lui permettre de développer toutes ses propriétés* » (Lascoumes 2004). Cette nouvelle manière d'exercer le pouvoir est nommée *gouvernementalité* par Foucault, et c'est dans le cadre de son déploiement que s'affirme la biopolitique.

La notion de biopolitique a été abondamment discutée, alors que les travaux de Foucault qui l'analysent sont finalement assez épars. Le cours au Collège de France supposé lui être consacré – *Naissance de la biopolitique* – propose en réalité une analyse de l'essor du néolibéralisme dans la seconde moitié du XXe siècle. Si Foucault souligne à plusieurs reprises qu'il existe des liens étroits entre le néolibéralisme et l'exercice de la biopolitique, il les explore

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

peu[43]. La biopolitique fait par ailleurs l'objet de plusieurs « *déplacements* » et hésitations dans l'œuvre de Foucault (Renault 2008). La notion apparait d'abord discrètement, dans les conférences qu'il donne à l'Institut de médecine sociale de l'Université de Rio de Janeiro en 1976. Il y développe une « *histoire de la médicalisation* » en étudiant la « *formation de la médecine sociale* ». Si cette dernière n'est pas formellement définie, elle est néanmoins assimilée à une « *technologie du corps social* » et doit être envisagée en lien avec l'hypothèse centrale de ces conférences : Foucault avance l'idée que la médecine moderne est d'abord une médecine sociale :

> Avec le capitalisme, l'on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais c'est précisément le contraire qui s'est produit. […] Pour la société capitaliste c'est le bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique (Foucault 1988a, p. 15).

Dans cette optique, les débuts de la structuration de la médecine moderne dépendent moins du développement d'une médecine privée, individualiste et fondée sur le colloque singulier entre un médecin et le patient qui l'a librement choisi, que des prémisses d'une politique de santé publique, qui s'intègre plus généralement dans une analogie entre le corps social et le corps individuel : « *la première tâche du médecin est donc politique : la lutte contre la maladie doit commencer par une guerre contre les mauvais gouvernements* » (Foucault 1963, p. 33). Ainsi, la médecine sociale est un instrument privilégié de la biopolitique et, plus largement, de la médicalisation des sociétés modernes.

2. Médecine sociale et champ médical

L'approche foucaldienne de la biopolitique fournit un cadre d'analyse général du processus par lequel la santé s'affirme petit à petit comme un objet et un outil de gouvernement primordial à partir du XVIIIe siècle (Rosen 1974). On peut néanmoins lui reprocher la dimension linéaire de son analyse de la structuration de la médecine sociale – à la médecine « *d'État* », d'abord développée en Allemagne avec la police médicale, succèderaient la médecine « *urbaine* », avec le mouvement hygiéniste, puis la médecine du travail (Renault 2008) – ainsi qu'une faible attention aux rapports qu'entretient la médecine sociale avec les autres branches de la médecine. Or la médecine sociale n'est qu'un sous-champ du champ médical, dont elle n'est pas le pôle dominant (Pinell 2005, 2009). Deux autres espaces s'articulent avec la médecine sociale : celui de la médecine clinique d'une part, qui désigne le sous-champ des théories des maladies et des pratiques mises en œuvre en vue de les soigner, et

[43] Ces liens ont plutôt été analysés par des chercheur-e-s cherchant à prolonger la pensée de Foucault (Rose et Miller 1992 ; Rose 2007).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'espace de la médecine biologique ou plus largement celui des « *sciences accessoires* » (pharmacie, physique, chimie…), ainsi nommées afin de souligner « *le pouvoir des institutions médicales (faculté et académie de médecine) de définir ce qui, dans la production des différentes disciplines scientifiques, est accessoire à la médecine* » (Pinell 2008, p. 58). Parmi ces sous-champs, l'espace clinique constitue le pôle nettement dominant du champ médical : il s'appuie, dès le tournant du XIXe, sur un ensemble d'institutions qui amorcent la constitution d'un savoir anatomo-clinique de plus en plus précis, à l'origine du processus de professionnalisation de la médecine. Des écoles publiques de santé sont créées dès 1795, qui deviendront facultés de médecine en 1808 ; la médecine est définie comme profession libérale dès 1803 ; en 1820 et 1823 sont créés une Académie nationale de médecine puis un concours d'agrégation (Faure 1994). Ces institutions participent d'une légitimation précoce de la clinique au sein du champ médical. Celle-ci incarne la version la plus épurée de l'exercice de la médecine, d'une part parce qu'elle révolutionne les manières d'envisager la maladie en proposant des remèdes de plus en plus précis aux situations pathologiques et en constituant un domaine de connaissance qui lui est propre, d'autre part parce qu'elle se voit reconnaitre précocement un monopole sur l'exercice du soin par l'État. À l'inverse, les deux autres sous-champs constituent des espaces hybrides, au sein desquels les médecins doivent composer avec d'autres groupes professionnels et d'autres savoirs (Pinell 2005).

L'analyse de la médecine sociale par Patrice Pinell permet de rejoindre et de préciser le lien opéré par Foucault entre la médecine sociale, la biopolitique et le processus de médicalisation. Pinell montre que la médecine sociale occupe un positionnement ambigu dans le champ médical : elle mobilise peu de capital clinique, celui-ci désignant l'ensemble des savoirs qui servent à détecter et à diagnostiquer des troubles et pathologies et constituent la principale ressource valorisable dans le champ médical. Sa légitimité repose sur sa proximité avec l'État, dont elle constitue un outil particulièrement précieux :

> [La médecine sociale] se donne des objectifs clairement politiques. Elle prend forme en France d'abord autour du développement des institutions de l'hygiène publique (conseils de salubrité, bureaux départementaux de statistique) qui se donnent pour mission de conseiller les pouvoirs publics sur les mesures à prendre pour protéger la santé de la population et de les mettre en œuvre. […] Mais, simple partie de la médecine articulée au politique, la médecine sociale déborde du cadre de l'hygiène proprement dite en ce qu'elle entend aussi répondre à des problèmes de la société pour lesquels l'État saisit la médecine (Pinell 2005, pp. 9-10).

La proposition selon laquelle l'État saisit la médecine afin de résoudre certains des problèmes auquel il est confronté fait directement écho à l'hypothèse foucaldienne d'une médecine perçue comme « *stratégie bio-politique* ». Ainsi, « *sa spécificité tient à sa raison d'être, qui est de répondre à des demandes de l'État* » (Pinell 2009, p. 344). Dans l'analyse de Pinell, la médecine sociale se décline elle-même en trois secteurs. L'hygiène publique se structure d'abord, mais son essor aura véritablement lieu à la fin du XIXe siècle avec le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

mouvement hygiéniste et l'investissement croissant du champ politique par les médecins (Léonard 1981 ; Ackerknecht 1986) : ces derniers feront voter un ensemble de lois sanitaires touchant à des thématiques diverses – régulation des denrées alimentaires et boissons, institutions de santé publique, salubrité publique, lois sur l'habitat, etc. (Cavé 2016). Second secteur, la médecine légale, qui renvoie à l'ensemble des pratiques fondées sur la connaissance médicale mises au service de l'expertise judiciaire, amorce sa structuration en même temps. Elle s'est depuis largement développée et désigne désormais un groupe professionnel divisé en trois segments, dont la spécificité est d'exister en lien direct avec le champ pénal (Juston 2017a) : la thanatologie – étude des causes de la mort ; la médecine légale clinique – étude des traumatismes sur les sujets vivants ; l'anatomopathologie et la criminalistique – étude des « *traces* ». Enfin, la « *médecine des aliénés* », qui se structure à partir de 1838 autour de la psychiatrie, constitue le troisième secteur de la médecine sociale. Comme on le montre plus loin, la médecine mentale occupe une position originale dans le champ médical, à l'intersection de la médecine sociale et de la médecine clinique (Pinell 2009). Elle n'est d'ailleurs pas la seule : à mesure que la médecine moderne se structure, plusieurs institutions, spécialités et groupes ou segments professionnels se développent aux frontières des différents sous-champs médicaux. Ces trois secteurs sont par ailleurs liés. Si elles sont formellement distinguées, l'hygiène publique et la médecine légale partagent ainsi une même revue, créée en 1829 : les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, dans lesquelles publieront également de nombreux spécialistes de médecine mentale. De même, la médecine légale et la médecine mentale partagent une chaire universitaire entre 1816 et 1822. Leurs liens se renforceront encore avec le recours à l'expertise sur la folie dans le cadre judiciaire (Protais 2016).

Par rapport à l'objet de cette recherche, l'évocation de ces différentes branches de la médecine sociale permet de saisir que celle-ci n'est pas spécifiquement, mais seulement incidemment, une médecine des pauvres. Comme la philanthropie et les sociétés religieuses, la contribution de la médecine sociale à la prise en charge de la question sociale s'inscrit avant tout dans l'optique d'un bon gouvernement de la société industrielle. La médecine mentale en est le meilleur exemple, son développement étant directement lié aux troubles à l'ordre public posés par les insensés (Castel 1976). À la fin du XIXe siècle, plusieurs médecins contribueront à pathologiser l'errance en faisant de celle-ci le symptôme de désordres mentaux et en assurant une nouvelle justification à l'enfermement des vagabonds (Beaune 1983 ; Hacking 2002). La médecine légale n'a pas ou peu affaire aux indigents : en se saisissant du travail, elle touche principalement les classes laborieuses ; en œuvrant dans le sens de l'expertise judiciaire, elle s'inscrit à ses débuts dans une logique de contrôle social des classes dangereuses. Le cas de l'hygiène publique est plus ambigu. Sous couvert de promotion de la qualité de l'air ou de l'eau, d'élargissement des espaces urbains, de promotion de nouvelles normes sanitaires, ce sont bien les classes laborieuses et les quartiers ouvriers qui sont concernés au premier chef (Murard et

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Zylberman 1996). La prise en charge médicale des indigents est en réalité directement liée à la réorganisation hospitalière, qui contribue à trier les populations accueillies en distinguant les malades des simples pauvres. Si l'évolution des missions des institutions hospitalières est liée au mouvement hygiéniste et à la réorganisation des espaces de prise en charge des maladies, elle ne peut pourtant être seulement envisagée comme une conséquence de ce mouvement : elle est étroitement liée à la professionnalisation de la médecine et à l'affirmation progressive de l'hôpital comme épicentre de la pratique médicale.

3. L'hôpital entre médecine clinique et médecine sociale

L'histoire des institutions hospitalières est bien documentée (Foucault 1976a, 1976b ; Imbault-Huart 1996, 1998 ; Dodier et Camus 1997). Elle permet de comprendre comment l'assistance aux pauvres s'est progressivement médicalisée, à mesure que l'hôpital a été investi par les médecins, mais aussi comment, corrélativement à cette médicalisation, la prise en charge des pauvres a progressivement été externalisée pour être assurée par des structures extrahospitalières. La position de l'hôpital au sein du champ médical se caractérise par une tension entre ses visées sociales et cliniques. Historiquement, celui-ci constitue l'institution d'assistance par excellence. À partir du Moyen Âge, la prise en charge des pauvres est essentiellement assurée par les services hospitaliers (Parizot 2003b) et des congrégations religieuses (Geremek 1987 ; Wahnich 1996). Les secours apportés aux indigents se confondent largement avec une visée d'ostracisation, et l'hôpital assure simultanément des missions d'assistance, de soin mais aussi de police (Garnot 1984). La confusion de ces missions est poussée à son paroxysme avec la vague de création des hôpitaux généraux par Louis XIV, inaugurée par celui de Paris en 1656. Jusqu'à la Révolution de 1789, la plupart des hôpitaux et des hospices jouent ce double rôle d'administrateur de l'assistance et d'organe de police des populations les plus démunies. À leurs côtés, des maisons médicales et des hospices plus ou moins spécialisés d'une part, les dépôts de mendicité, galères et prisons d'autre part, les relaient. Les personnes qui accueillent les indigents sont des clercs, essentiellement des religieuses, remplissant un devoir moral d'aide aux pauvres (Agamben 2013).

La situation évolue à la Révolution. En 1790, les ordres religieux sont abolis. Les biens de l'Église sont nationalisés ou vendus et les établissements hospitaliers passent sous le contrôle intégral des communes : si la nationalisation est envisagée, la communalisation apparait comme la solution la plus adéquate du fait des liens précoces noués avec les institutions hospitalières. En 1793, les religieuses en sont expulsées : la laïcisation vise à faire des hôpitaux des espaces privilégiés d'exercice de la médecine (Foucault 1988b). À court terme, cette mesure est un échec : l'arrivée escomptée des médecins n'a pas lieu et dès 1802, les religieuses sont de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nouveau autorisées à investir les hôpitaux. Elles y sont même encouragées à partir de 1815. Finalement, la laïcisation intégrale de l'hôpital ne s'opérera qu'avec la loi de séparation des Églises et de l'État, en 1905. Pendant longtemps, les religieuses sont les principales opposantes à l'autorité des médecins en défendant une mission charitable de l'hôpital (Pinell 2009). Cependant, à mesure que le champ médical s'autonomise et que l'hôpital s'affirme comme une institution sanitaire, cette situation évolue, les médecins y exerçant une domination de plus en plus nette. L'influence de l'Église se tarit sous l'effet de la diffusion de « *l'esprit laïc* » (Léonard 1981). Jean Baubérot évoque à ce sujet « *un certain transfert de cléricalisme, du cléricalisme religieux au cléricalisme médical* » (Baubérot 2015, p. 20) qui témoigne de l'importance accordée à la santé et au rôle prépondérant des médecins. Plus généralement, l'autonomisation du champ médical signale l'avènement du rationalisme et l'affirmation de l'esprit scientifique, participant du désenchantement du monde (Weber [1917] 2003).

Pourtant, dans la première moitié du XIXe siècle, le soin ne correspond pas encore à l'exercice d'un savoir reconnu, formalisé et monopolisé par un groupe social (Freidson 1970a). Lorsque la tutelle cléricale s'exerce, il s'agit plutôt de *secours* que de *soins*. Les secours renvoient davantage un ensemble d'expérimentations plus ou moins tâtonnantes, réalisées à peu de frais par des médecins qui font ensuite valoir leur expérience auprès de leurs patients fortunés (Léonard 1981 ; Faure 1984). Ces expérimentations s'appuient en outre sur une articulation de plus en plus poussée entre chirurgie et médecine au sein de l'hôpital, dont témoigne la création d'une faculté commune en 1795 (Rabier 2010). Contrairement à la médecine des espèces qui dédaignait l'hôpital au motif qu'il empêchait d'observer les véritables origines de la maladie en créant artificiellement les conditions de son observation, la médecine clinique lui est étroitement liée, l'hôpital constituant un réservoir de cas d'études propice à l'exercice répété et systématique du regard médical (Foucault 1963, 1976a, 1988b). Les hôpitaux sont donc progressivement investis par les médecins tout au long du XIXe siècle, qui obtiennent la ségrégation sociospatiale entre indigents et vrais malades, ainsi qu'entre malades eux-mêmes selon leurs maladies (Foucault 1976b). Cette ségrégation est un effet direct de la professionnalisation de la médecine, précocement marquée par des velléités de rationalisation de sa pratique et de sa formation :

> Le tri marque ainsi l'appropriation par les médecins et administrateurs sanitaires d'une rationalité économique, associée à une série de pratiques bureaucratiques propres à l'environnement hospitalier. En ce sens, la « médicalisation des hôpitaux » - comprise comme le développement de leurs fonctions sanitaires au détriment de leurs fonctions sociales – est précédée, dans le cas parisien au moins, par une « hospitalisation de la médecine ». Celle-ci constitue le processus par lequel la médecine clinique intègre, dans sa pratique et la production de ses savoirs, une logique et des instruments issus de la gestion de l'institution qui est le lieu privilégié de son exercice : l'hôpital (Ermakoff 2014, p. 30).

À la fin du XVIIIe et au XIXe siècle, l'hôpital s'affirme donc comme un espace protéiforme. Il est un lieu de sélection et de formation de l'élite médicale : des concours

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'internat et d'externat sont créés en 1802, puis le clinicat en 1823, et enfin le concours de médecin des hôpitaux (Imbault-Huart 1996). Il est au cœur d'un système fortement hiérarchisé, dominé par les praticiens hospitaliers qui assurent des fonctions de direction au sein de l'hôpital et un travail de soins en dehors de celui-ci, auprès de patients aisés. Pour autant, l'hôpital n'abandonne pas brutalement ses missions sociales. Au contraire, il continue d'entretenir un lien étroit aux pauvres :

> Des centaines de milliers de pauvres font appel chaque année aux services des hôpitaux et des hospices. Ce qui signifie que le rapport des classes populaires urbaines à la médecine moderne, qui ne pouvait guère passer (sinon exceptionnellement) par une médecine libérale hors de leurs ressources, s'est construit à travers leur utilisation de l'hôpital et que les individus l'ont intériorisé dans le processus de leur socialisation (et d'autant plus complètement si, enfants, ils ont été traités à l'hôpital) (Pinell 2009, p. 324).

Par ailleurs, des hospices et hôpitaux spécialisés dans la prise en charge de diverses figures de l'indigence continuent d'exister ou sont créés. En 1851, une loi précise le droit des indigents à être soignés au sein des hôpitaux, sans pour autant interdire leur accès aux malades payants. Le secteur hospitalier se divise ainsi en plusieurs pôles, entre des hôpitaux consacrés à la formation, l'enseignement et la pratique de l'élite médicale, des hospices peu médicalisés et spécialisés dans la prise en charge de la question sociale, enfin des lieux de soins spécifiquement dédiés à certaines affections et populations (Foucault 1976a). L'évocation de ces différentes fonctions met en lumière la tension qui nourrit la constitution de l'hôpital moderne. Dans son analyse du champ médical, Pinell identifie un « *sous-espace hospitalier* » qui se dessine rapidement lors de la formation du champ de la médecine moderne, et qu'il situe au cœur de l'espace de la médecine clinique. De fait, l'hôpital devient rapidement un lieu propice à la recherche et à la production scientifiques et, comme on l'a souligné précédemment, contribue à la production d'un système hiérarchique et mandarinal par les fonctions d'enseignement et de direction qui lui sont progressivement associées :

> Si la médecine clinique remplit des fonctions sociales en prenant en charge les malades et en offrant un accès aux soins pour les pauvres à travers l'hôpital, ces fonctions ne remettent nullement en cause son autonomie dans la mesure même où c'est en les réalisant qu'elle construit son domaine de compétences spécifiques (Pinell 2009, p. 344).

Les liens qui existent entre la prise en charge de la question sociale et le système hospitalier ne cessent de se distendre à mesure que se développe la médecine clinique. Au cours du XIXe siècle, la création d'hôpitaux spécialisés dans la prise en charge de certaines figures de l'indigence s'inscrit aussi nettement dans une approche clinique :

> S'il a existé auparavant certains établissements réservés aux fous ou aux vénériens, c'était plus par mesure d'exclusion ou par crainte des dangers, qu'en raison d'une spécialisation des soins. L'hôpital « unifonctionnel » ne s'organise qu'à partir du moment où l'hospitalisation devient le support et parfois la condition d'une action thérapeutique plus ou moins complexe (Foucault 1976a, p. 11).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tel qu'il se structure à partir de la fin du XVIIIe, l'hôpital témoigne ainsi de façon emblématique du « *déplacement des problèmes de santé par rapport aux techniques d'assistance* » (*Ibid*., p. 2) et de l'autonomisation du champ médical.

La médicalisation de l'hôpital coïncide enfin, à la fin du XIXe siècle, avec le développement des fondations du système de protection sociale mais aussi avec l'amorce d'une prise en charge extrahospitalière de la santé des pauvres (Bec 1993). Des dispensaires sont créés dans le nord de la France, des centres de soins municipaux dans la région lyonnaise (Brodiez-Dolino 2013a). Les initiatives privées fleurissent également. Le mouvement mutualiste permet aux ouvriers d'accéder à des services de soins. De nombreux liens existent entre le mouvement hygiéniste et les initiatives philanthropiques, le recrutement de ces réformateurs s'opérant dans les mêmes cercles (Topalov 1999). La loi sur l'assistance médicale gratuite est votée en 1893 : si les communes, par le biais des bureaux de bienfaisance, sont chargées de la gestion de l'assistance, l'hôpital est étroitement associé à sa mise en œuvre. Progressivement, celui-ci s'ouvre à de nouvelles catégories de populations, qui ne relèvent pas de l'indigence et sont en mesure de payer les soins qui leur sont apportés. L'accueil de malades payants constitue une opportunité financière qui convainc les pouvoirs publics d'entériner leur accès à l'hôpital en 1899, tout en s'efforçant d'en limiter le nombre. Cette ouverture se poursuit au début du XXe siècle, avec le vote des lois sur les assurances sociales de 1928 et 1930 qui couvrent les frais d'hospitalisation et rendent celle-ci accessible à de nouvelles catégories de population (Domin 2002). Les exigences en termes de confort et de qualité des soins s'en ressentent, et l'hôpital entame une phase de modernisation qui annonce déjà la lente éviction des catégories les plus pauvres. En 1941 est votée l'ouverture de l'hôpital à l'ensemble de la population. Cette loi en fait un établissement sanitaire et social, met fin à l'hospice et signe ainsi la fin officielle de la mission charitable hospitalière (Domin 2013). La médicalisation de l'hôpital, si elle a contribué à la modernisation du système de santé français, a pour principale conséquence l'abandon de ses missions historiques d'assistance. C'est donc au moment où un système social relativement unifié et à vocation universaliste se structure que, tout en prétendant s'ouvrir à tous, l'hôpital se ferme aux pauvres (Chauvenet 1978a).

4. La professionnalisation de la médecine générale et de l'infirmerie

Le processus de médicalisation de l'hôpital met progressivement fin à sa fonction assistancielle. Il participe en outre à la professionnalisation de la médecine : d'une part, comme on l'a vu précédemment, en fournissant un lieu qui est aussi un outil, une organisation, en somme un dispositif particulièrement propice à l'exercice prolongé du regard médical et à la pratique de la médecine clinique (Foucault 1963, 1976b) ; d'autre part, en s'affirmant

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

progressivement comme une référence incontournable pour toute forme de médecine et de soin pratiquée à l'extérieur de l'hôpital ou en lien avec celui-ci. Il convient ainsi d'évoquer les effets indirects de la médicalisation de l'hôpital sur la médecine extrahospitalière et sur la structuration de deux groupes professionnels dont certains membres ont été rencontrés dans le cadre de l'enquête de terrain : les médecins généralistes d'une part, et les infirmières d'autre part.

a) La médecine générale.

Au moment où les structures hospitalières se médicalisent de la fin des années 1790 au début du XIXe siècle, la médecine générale entame sa structuration. Celle-ci est « *paradoxale* », la médecine générale formant un groupe professionnel presque par défaut (Bloy 2010). Durant la quasi-totalité du XIXe siècle, la pratique de la médecine reste peu réglementée. Le diplôme de médecin n'ayant aucune valeur juridique, il est presque impossible de distinguer formellement entre charlatans et médecins en dehors de leur réputation individuelle, fortement soumise aux aléas (Nye 2006). La loi de 1803 relative à l'exercice de la médecine met fin à cette situation, en entérinant la nécessité d'être titulaire d'un diplôme sanctionnant le suivi d'une formation médicale qui permet de distinguer exercice légal et illégal de la médecine. Docteurs en médecine et officiers de santé sont ainsi reconnus comme des soignants légitimes, les seconds suivant une formation cantonnée à la pratique et exerçant principalement en milieu rural, les premiers bénéficiant d'une formation théorique et soignant la bourgeoisie citadine (Léonard 1981 ; Jaisson 2002). Une hiérarchisation nette s'observe ainsi entre les groupes exerçant la médecine, qui se traduit par une homologie de positions entre soignants et soignés : « *aux officiers de santé le peuple des campagnes, souvent sans ressources financières et payant en nature, aux docteurs ordinaires la petite bourgeoisie des villes, à l'élite les classes supérieures urbaines et, pour le groupe dominant de l'élite parisienne, les familles des dirigeants du pays* » (Pinell 2009, p. 326). En 1810, le Code civil napoléonien crée le secret professionnel, auquel les médecins sont soumis au premier titre. S'il est d'abord une contrainte légale, le secret sera bientôt renversé en une obligation morale, gage de confiance vis-à-vis des patients et signe de prestige, et se trouvera au fondement d'une éthique médicale qui se structure en lien avec la profession (Nye 2006).

Dans son analyse de la constitution de la médecine générale en groupe professionnel, Géraldine Bloy souligne que deux traits sont particulièrement marquants et constitutifs de l'identité du groupe (Bloy 2010). En premier lieu, la médecine générale doit être envisagée dans ses rapports avec le processus de spécialisation du champ médical, dont l'essentiel se déroule au sein des institutions hospitalières. Jusqu'à la fin du XIXe, l'approche généraliste de la médecine est valorisée, tandis que la spécialisation apparait comme un renoncement et est à ce

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

titre moquée par l'élite médicale du pays. À partir des années 1870 néanmoins, dans une logique de concurrence avec l'Allemagne où la spécialisation s'est développée de façon plus précoce et beaucoup plus poussée (Weisz 2005), celle-ci s'impose comme la principale solution au déploiement d'une médecine de pointe. Si, jusqu'au milieu du XXe siècle, la médecine générale incarne le principal mode d'exercice de la clinique, elle est désormais dévalorisée dans une hiérarchie symbolique qui s'est renversée au tournant du siècle, faisant des spécialités les formations les plus prestigieuses en dépit de la faible règlementation dont elles font l'objet (Herzlich et Pierret 1984). De sorte que la médecine générale « *ne se distingue qu'en négatif par rapport au développement des spécialités : la médecine courante est devenue "générale" sans qu'un territoire propre lui soit à aucun moment attribué* » (Bloy 2010, p. 30). La formation de la médecine générale se fait par défaut et à rebours des spécialités qui, à mesure qu'elles se développent, tendent à priver les généralistes des prérogatives et de la légitimité qu'ils avaient à soigner certaines pathologies. Les réformes mises en œuvre dans la seconde moitié du XXe siècle confirment l'hospitalo-centrisme du système sanitaire français, et la médecine extrahospitalière et non spécialisée en est d'autant plus dévalorisée : la réforme de l'internat au début des années 1980, si elle entérine l'existence du terme « médecine générale », a finalement pour effet de renforcer « *la coupure symbolique entre généralistes et spécialistes* » (Bloy 2010, p. 37). Ce n'est finalement qu'en 2004 que la médecine générale est formellement reconnue comme une spécialité au même titre que les autres, avec la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale.

La seconde caractéristique constitutive de la médecine générale s'observe dans l'attachement à la libéralité de sa pratique. Celle-ci se traduit par plusieurs caractéristiques, ardemment défendues par les médecins : libre adhésion au soin, entente directe sur le montant des honoraires, liberté thérapeutique ou encore secret professionnel. Le rapport à l'État d'une profession qui revendique haut et fort son autonomie tout en étant étroitement dépendante de celui-ci est ambigu. C'est seulement vers la fin du siècle que les médecins obtiennent des protections de l'État, sous l'effet notamment de mobilisations liées au développement du syndicalisme médical dans les années 1880. En 1892, dans un contexte de déclin démographique des officiers de santé et de leur ralliement aux syndicats de médecins, ces derniers obtiennent le monopole d'exercice sur la pratique médicale ainsi que la possibilité de poursuivre les charlatans (Jaisson 2002 ; Bloy 2010). Ce monopole est un atout considérable, jamais remis en cause, et se trouve au cœur du pouvoir médical. Dans les années 1920, des débats ont lieu autour de la signature d'accords collectifs avec les caisses de prévoyance et d'assurances maladie. Ils aboutissent, après des tergiversations, à la revendication de la libre-entente et du refus d'intervention d'un tiers dans la relation de soins. Ces principes sont centraux dans l'organisation de la profession, et sont repris dans une charte signée par les principaux syndicats de médecins en 1927 (Nye 2006). La charte revendique notamment que le contrôle

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des pratiques médicales ne soit assuré que par les pairs. En 1940, le régime de Vichy crée l'Ordre des médecins : celui-ci est maintenu à la fin de la guerre, et publie en 1947 un code de déontologie, qui s'inscrit dans l'optique d'une défense de l'autonomie professionnelle et d'attachement à la relation individuelle entre soignant et soigné. Au sortir de la guerre, les principaux traits d'organisation de la profession sont ainsi entérinés, et ne seront pas fondamentalement remis en cause. Par ailleurs, en dépit de mobilisations à la fin des années 1960 remettant en question l'autorité de l'Ordre des médecins (Hassenteufel 2010), et d'expériences plus ou moins isolées réaffirmant la dimension sociale de la médecine générale (Marichalar et Pitti 2013 ; Mariette et Pitti 2016), celle-ci reste ancrée dans sa tradition libérale.

b) Les infirmières.

Le second groupe des professionnels de santé dont l'enquête de terrain a mis en lumière le rôle central dans la prise en charge des personnes sans-domicile est celui des infirmières. Comme pour les assistantes sociales, la féminisation du terme vise à traduire la réalité historique et sociologique du métier. Initialement, ce sont exclusivement des femmes qui occupent ce métier tandis que les hommes occupent les postes de médecins ou d'administrateurs, de sorte que « *le couple médecin/infirmière a longtemps cristallisé la division sexuée du travail à l'hôpital* » (Carricaburu et Ménoret 2004, p. 61). Dans la plupart des pays occidentaux, le métier d'infirmière apparait au cours du XIXe siècle (Petitat 1994) en se substituant progressivement à celui des religieuses qui assuraient jusqu'alors le travail d'accompagnement envers les pauvres au sein des hôpitaux. L'approche systémique des professions d'Abbott trouve ici un cas d'école : au XIXe siècle, le travail assuré par les religieuses, davantage de l'ordre des secours et de l'assistance que du soin, perd en efficacité à mesure que les hôpitaux se médicalisent, et devient obsolète. Il est concurrencé par le travail infirmier, dont la spécificité est de se définir en appoint du travail médical assuré par les médecins. L'enjeu central de la création du métier d'infirmière est lié au double processus de médicalisation et de laïcisation de l'hôpital. Principaux acteurs de ces deux processus au moins au sein des institutions hospitalières, les médecins ne cessent de demander qu'un personnel compétent les assiste dans leur pratique du soin (Arborio 2001).

Si l'on peut identifier plusieurs modèles dans le processus de formation du groupe – anglo-saxon, républicain, ou « *compromis à la française* » selon Carricaburu et Ménoret (2004) –, on observe à chaque fois la volonté de former un personnel féminin caractérisé par sa « *vertu* », cette dernière étant le plus souvent garantie par l'origine bourgeoise ou la foi des candidates. En France, c'est ainsi Léonie Chaptal, issue de la haute bourgeoisie catholique, qui initie le mouvement de formation en créant des écoles d'infirmières à partir du milieu des années 1900, écoles qu'elle cherche à distinguer des formations proposées par l'Assistance

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

publique de Paris, qu'elle a elle-même suivies et qu'elle critique sévèrement (S. Henry 2012). Le métier d'infirmières se façonne doublement, à la fois au sein du secteur hospitalier, et en dehors de celui-ci. Les logiques de ces formations diffèrent : au sein de l'hôpital, les infirmières sont placées sous l'autorité et même au service direct des médecins. Elles sont appelées à assurer le volet pratique et relationnel du soin, tandis que les médecins sont en charge des dimensions techniques et théoriques. À l'extérieur du monde hospitalier, les missions des infirmières se confondent largement avec celles des assistantes sociales. Les infirmières visiteuses se rendent auprès des familles afin de soigner les enfants et de détecter les cas de tuberculose. Cette confusion s'observe jusqu'à la fin des années 1930. Si le titre d'infirmière diplômée d'État est créé en 1922 (Arborio 2001), c'est la création du diplôme d'assistance sociale en 1937 qui contribue à distinguer les dimensions sociales et sanitaires de l'accompagnement (Serre 2009). Les besoins considérables en personnel et la pénurie d'infirmières diplômées sont néanmoins à l'origine d'une très forte hétérogénéité dans le recrutement hospitalier. En 1946, une loi soumet l'exercice du métier d'infirmière à la possession d'un diplôme d'État. La loi clarifie les procédures de recrutement, mais risque d'aggraver la pénurie : des mesures transitoires sont décidées pour permettre aux infirmières non diplômées mais ayant acquis une expérience auprès des malades de continuer d'exercer. Cette situation est à l'origine de la création du grade d'aide-soignante, d'abord attribué de façon discrétionnaire puis faisant l'objet d'une formation à part entière (Arborio 2001).

De fait, l'existence de formations et de diplômes attestant des compétences et qualifications reconnues ne suffit pas à répartir parfaitement les tâches liées au soin, comme l'ont montré plusieurs travaux en des contextes divers. Le cas des infirmières détonne dans la mesure où elles se situent dans un paradoxe permanent : c'est en réalisant des tâches techniques, d'ordre médical, qu'elles se distinguent de leurs subalternes, aides-soignantes ou agents des services hospitaliers ; ce faisant, elles se placent sous l'autorité directe des médecins, titulaires légitimes du savoir médical vis-à-vis desquels le rapport statutaire se double bien souvent d'un rapport de genre (Kergoat et al. 1992; Carricaburu et Ménoret 2004). C'est dans l'optique d'échapper à cette tutelle médicale qu'elles s'investissent dans des tâches administratives ou d'encadrement, une partie d'entre elles s'orientant ainsi vers des formations et des postes de cadres-infirmiers ou cadres de santé (Divay 2018). Cette orientation a néanmoins un coût symbolique important puisqu'elle implique d'abandonner une partie des visées thérapeutiques et relationnelles identifiées comme constitutives du métier (Chauvenet 1972, 1972). En 1978, une loi reconnait un « *rôle propre* » de l'infirmière, distinct de la seule application des prescriptions médicales. Comme l'a souligné Françoise Acker, la définition de ce rôle des reste ambigüe, car elle est à l'origine d'une tension particulièrement prégnante chez les infirmières :

> Elles doivent tenir ensemble deux rôles que l'imaginaire oppose : le rôle propre, l'exécution d'actes prescrits. Et certaines infirmières en viennent à se demander si l'accent mis sur le rôle propre est vraiment pertinent

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

pour rendre compte de la fonction, de la professionnalité de l'infirmière. Il risque en effet de faire oublier que les infirmières tirent aussi leur spécificité de leur fonction d'intermédiaire. Être un intermédiaire requiert des compétences propres, largement négligées dans les guides infirmiers (Acker 2005, p. 136).

Le flou qui entoure la situation professionnelle des infirmières n'est pas résolu : plusieurs mouvements de contestation marquants ont eu lieu, en 1988 contre la dévalorisation de leur formation, puis à partir des années 2000 pour protester contre la dégradation des conditions de travail qui touche l'ensemble des personnels hospitaliers (Acker 2004). Comme on l'évoquera, le développement des institutions sociales et médico-sociales à partir des années 1970 et *a fortiori* à partir des années 2000 a pu constituer l'opportunité d'occuper à nouveau cette « *fonction d'intermédiaire* » évoquée par Acker.

II. Naissance et développement de la psychiatrie

Troisième sous-champ de la médecine sociale, la médecine mentale constitue très tôt l'un des secteurs de la médecine en prise directe avec le phénomène de l'errance puis du sans-abrisme, sur lequel elle prétend apporter une expertise propre. Dans le chapitre 2, on restitue les controverses ayant eu cours autour des liens avérés ou supposés entre vie en rue et troubles psychiques à partir des années 1970, en montrant comment ces controverses participent d'un investissement des professionnels de la santé mentale et de la professionnalisation de la prise en charge. En amont de cette analyse, on restitue ici la structuration du champ de la santé mentale afin d'expliciter comment ses évolutions influent sur la formation d'une juridiction pluridisciplinaire de prise en charge. En premier lieu on analyse la position spécifique de la médecine mentale au sein du champ médical, forme archétypique de médecine sociale (1). On évoque ensuite les évolutions profondes qu'a connues la psychiatrie, passant du statut de médecine « *spéciale* » (Castel 1976) à celui de simple branche de la neurologie, avant d'être reconnue comme une spécialité médicale à part entière dans le cadre de sa « *normalisation* » qui intervient à partir des années 1960 (Pinell 2004) (2). Enfin, on montre que de façon très précoce, la psychiatrie a cherché à produire un discours savant sur l'errance et le vagabondage, suspectant systématiquement l'existence de pathologies expliquant ce phénomène (3).

1. Médecine mentale, médecine spéciale, médecine sociale

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, la folie, dont Foucault a montré qu'elle était un thème central des sociétés européennes à l'âge classique (Foucault 1961), fait l'objet d'un traitement répressif et plus précisément judiciaire et policier. Mais si l'on observe le passage à un

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

traitement médical au cours du XIXe siècle, ce dernier reste de l'ordre du répressif. La désignation « *d'établissements spéciaux* » pour nommer les espaces au sein desquels sont enfermés et « *soignés* » les fous traduit bien cette hésitation entre les modalités et les finalités de la nouvelle prise en charge qui se déploie. La médicalisation de la folie s'opère donc de façon diffuse et le changement de paradigme, s'il est très symboliquement marqué par l'épisode de Philippe Pinel « *brisant les chaînes des aliénés* », est en fait très lent (Bélart 2012). C'est la suppression des lettres de cachet et des ordres de justice qui permettaient jusqu'alors d'enfermer un individu de façon discrétionnaire et autoritaire au nom de la sûreté des individus et des familles, du roi ou de l'État – ce qui implique de trouver de nouvelles solutions au problème posé par la folie (Castel 1976).

À la différence du crime néanmoins, qui fait également l'objet d'un nouveau traitement à cette époque (Foucault 1975), la folie s'inscrit dans le registre de l'irrationnel. Dans la nouvelle économie des traitements de la déviance qui se dessine, s'observe un partage entre le criminel qui agit en toute connaissance de causes, et le fou, non responsable de ses actes. La médecine se porte garante de cette irrationalité, de sorte que « *pour le fou, la répression ne peut désormais s'avancer que masquée. Elle doit être justifiée par la rationalisation thérapeutique* » (Castel 1976, p. 40). Ce nouveau système répressif s'incarne de façon emblématique dans la création « *d'un nouveau statut juridique, social et civil du fou : l'aliéné, que la loi de 1838 figera pour plus d'un siècle dans un état complet de minorité sociale* » (p. 59). La tension entre ce que l'asile prétend réaliser – soigner – et ce qu'il se révèle être – une institution totale (Goffman 1968) – est d'ailleurs le principal paradoxe qui caractérise la naissance de la psychiatrie, puisque la nouvelle prise en charge de la folie aurait pu se traduire par une sortie des espaces clos et plus largement, du paradigme répressif :

> L'élément qui conditionne ce statut [d'aliéné], c'est le placement dans un "établissement spécial". L'essentiel dans la "médicalisation" de la folie n'est donc pas la relation médecin-malade, implication seconde et longtemps secondaire. C'est la relation médecine-hospitalisation, le développement d'une technologie hospitalière, le déploiement d'un nouveau mandat social à partir de pratiques centrées d'abord sur le bastion asilaire. Il faut dès lors se demander pourquoi et comment une innovation qui passe pour "progressiste" et "moderniste" – et qui, à certains égards, le fut –, la médicalisation du fou, s'est moulée dans la vieille institution totalitaire qu'elle s'est épuisée à sauver du discrédit. Ce sauvetage du vieux complexe hospitalier ne va de soi, à la fin du XVIIIe siècle, ni médicalement, ni politiquement (Castel 1976, p. 59).

Politiquement, l'asile ne va pas de soi parce que tout en revendiquant son inscription dans un paradigme assistanciel, il reproduit les visées d'enfermement qui s'appliquaient à la folie sous l'Ancien Régime. Médicalement, il ne va pas de soi non plus puisque la médecine mentale se distingue par son archaïsme épistémologique au moment où la médecine générale connait un processus de modernisation et d'homogénéisation qui résulte de la diffusion du regard clinique puis, plus tard, de la révolution pasteurienne. Tandis que les médecines générale et hospitalière tendent à s'homogénéiser par le biais de savoirs de plus en plus précis fondés sur

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

la raison scientifique, la médecine mentale, ou tout du moins une partie de ses représentants parmi les plus illustres, notamment Philippe Pinel, refuse l'approche clinique en revendiquant la spécificité des troubles qu'ils prétendent soigner.

La médecine mentale est donc une médecine « *spéciale* » au sens où elle ne s'intègre pas à ce processus d'homogénéisation, et tend à occuper, jusqu'aux années 1960, une position originale dans le champ médical. Cette originalité réside dans son « *rapport d'extériorité* » à la médecine générale, extériorité qui repose principalement sur le fait que ses objets forment une « *classe à part d'entités morbides* » (Pinell 2004). Dans la première moitié du XIXe siècle, la psychiatrie est ainsi traversée par des débats sur l'origine des pathologies mentales et sur les moyens de la traiter : organogénèse, psychogenèse ou sociogenèse (Foucault 1961)… Chaque théorie à ses partisans et ses défenseurs, qui ont tous néanmoins conscience de leur intérêt commun à ne pas s'inscrire dans des clivages ou des oppositions trop marquées afin de garantir la pérennité de leur science et pour éviter que cette absence d'unité théorique et cette distance marquée vis-à-vis de la médecine scientifique ne pénalisent la formation et la cohésion du groupe des aliénistes tout au long du XIXe siècle. Ces derniers forment un groupe qui tend à s'uniformiser et à se condenser, précisément parce qu'ils parviennent à maintenir une certaine distance avec la formation médicale unifiée des facultés, parce qu'ils pratiquent leur science à l'abri d'un espace clos dont on voit déjà qu'il octroie à ceux qui le dirigent un pouvoir fortement personnifié, enfin et peut-être surtout parce qu'ils obtiennent de façon précoce un statut de fonctionnaire à temps plein – celui de médecin-directeur – longtemps unique dans le champ médical (Castel 1976). Ce statut confirme encore le statut spécial de la psychiatrie, dont Castel montre bien qu'elle constitue finalement une véritable « *science politique* » dès lors qu'elle se structure à partir d'une volonté étatique marquée de résoudre un problème d'ordre public, celui de la hausse du nombre d'aliénés mentaux et de leur prise en charge (Castel 1976).

En s'appropriant le problème et en lui donnant des oripeaux médicaux, les aliénistes fournissent une réponse à la contradiction qui se fait jour dans l'enfermement d'individus innocents ou irresponsables, au nom du bien commun. L'isolement « *thérapeutique* » s'opère ainsi au nom d'une mise en adéquation du soin de l'aliéné et du bien de la société. On peut par ailleurs interroger la dimension proprement médicale de l'asile. Si l'on suit Castel :

> Médicaliser un problème, c'est plus le déplacer que le résoudre, parce que c'est autonomiser une de ses dimensions, la travailler techniquement, et ainsi recouvrir sa signification sociopolitique d'ensemble pour en faire une "pure" question technique, relevant de la compétence d'un spécialiste "neutre" (Castel 1976, p. 205).

De sorte que ce que Castel identifie comme une « *médicalisation de la folie* » correspond peut-être davantage à ce que Didier Fassin a envisagé comme un processus de « *sanitarisation* », soit comme « *la traduction, en langage médical, d'un problème politique* »

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

(Fassin 1996). Et de fait, l'usage même du terme de médicalisation au sujet des premières décennies d'existence de l'asile est contesté par Foucault :

> L'asile fondé à l'époque de Pinel pour l'internement ne représente pas la « médicalisation » d'un espace social d'exclusion ; mais la confusion à l'intérieur d'un régime moral unique de techniques dont les unes avaient un caractère de précaution sociale et les autres un caractère de stratégie médicale (Foucault 1954, p. 86).

Dans le cas de l'asile, la sanitarisation de la folie et sa pathologisation ont en quelque sorte précédé sa médicalisation (Bélart 2012), qui ne se réalise pleinement que lorsque la médecine mentale se rapproche du socle épistémologique de la médecine moderne, à partir des années 1870, et plus encore dans l'entre-deux-guerres. La médecine mentale est donc une médecine sociale au sens le moins évident du terme : non pas au sens où elle serait au service des pauvres et d'une prise en charge intégrative de la question sociale, mais bien au sens où elle sert l'État dans une logique quasi régalienne :

> La psychiatrie est bien une science politique, car elle a répondu à un problème de gouvernement. Elle a permis d'administrer la folie. Mais elle a déplacé l'impact directement politique du problème pour lequel elle proposait une solution en en faisant une question « purement » technique. Si répression il y a, elle tient à cela : par la médecine, la folie est devenue « administrable » (Castel 1976, p. 20).

2. De l'asile au secteur, la professionnalisation de la psychiatrie

La création des asiles en 1838 s'inscrit dans une double logique de quadrillage territorial et de disciplinarisation des corps et des esprits déviants. La loi prévoit que chaque département doit se doter d'un asile chargé d'accueillir les aliénés ou à défaut, s'assurer que cette tâche est réalisée par des établissements publics (hôpitaux) ou privés (cliniques libérales). De sorte que, comme le souligne Castel :

> Si le service public dans les asiles est bien le modèle dominant de l'assistance psychiatrique, il n'a jamais eu un monopole absolu. Les anciennes pratiques à l'égard de la folie continuent à mener une existence plus ou moins souterraine. Pour les familles riches, l'isolement dans le cadre domestique sous la surveillance de serviteurs, la vieille tradition des voyages de diversion avec ou sans accompagnement médical et, surtout, la négociation directe avec des maisons de santé privées se sont, on le verra, perpétués. Pour les pauvres, les circuits de voisinage, principalement en milieu rural, assurent encore une prise en charge directe de nombreux aliénés, surtout s'ils sont paisibles (Castel 1976, p. 236).

Ainsi, si la création des asiles est un acte symbolique fort, leur poids réel dans la prise en charge de la folie est longtemps discutable. En 1874, quarante départements sont dotés d'un asile. Par ailleurs, si le nombre de personnes accueillies en asile passe de 10 000 en 1834 à 42 000 en 1874, il faut surtout mettre en comparaison le nombre d'internés et le nombre de personnes identifiées comme folles mais faisant l'objet d'une prise en charge extra-asilaire : dans un rapport rendu au Sénat en 1884 (Castel 1976), il est précisé qu'en 1872, 51 000

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

personnes sont des « *aliénés à domicile* », tandis que près de 37 000 sont « *aliénés en asile* ». Une différence apparait néanmoins dans les sous-catégories d'aliénés : environ 20 000 aliénés à domicile sont considérés comme « *fous* », tandis que 31 000 autres sont des « *idiots et crétins* » ; le rapport s'inverse au sein des asiles, avec environ 32 800 « *fous* » pour 4 100 « *idiots et crétins* ». En termes comptables, l'influence de l'asile est donc limitée, tout au long du XIXe siècle. Cette influence doit surtout se mesurer en termes de pouvoir des aliénistes, dont le statut de fonctionnaires nommés par le gouvernement leur assure une cohésion ainsi qu'une grande liberté dans leurs pratiques auprès des malades. Contrairement à d'autres professionnels chargés de prendre en charge les troubles psychiques, la psychiatrie a longtemps été, et reste encore aujourd'hui marquée par l'asile (Le Bianic 2013).

À partir des années 1860, des critiques commencent à émerger, qui soulignent notamment la reproduction de l'arbitraire des lettres de cachet, ou encore l'opacité des pratiques des aliénistes. De fait, le fossé épistémologique avec la médecine générale n'a cessé de se creuser depuis le début du siècle. Pendant plusieurs décennies, ce sont les théories de Pinel et d'Esquirol, étroitement liées à la médecine des espèces, qui constituent le principal corpus théorique au sein des asiles. Quelques aliénistes formulent d'ailleurs des critiques de cette approche et développent des théories organicistes mais l'influence des pères de l'asile est telle qu'elles ont peu d'effets. Quand bien même Pinel a recours à des « *jeux médicaux* » mettant le corps à l'épreuve, tels que les douches ou les bains d'eau froide, les transfusions de sang, la « *nosographie morale et sociale des symptômes du désordre renvoyant à une psychopathologie des passions et à un terrain social pathogène* » (Castel 1976, p. 117) reste le socle épistémologique de référence jusqu'au milieu des années 1870. Les choses évoluent dans le dernier quart du XIXe siècle. Jusqu'alors, ce sont moins les fondements scientifiques ou l'efficacité thérapeutique des médecins aliénistes qui leur ont assuré leur légitimité, que leur proximité avec l'État :

> Si leur autorité est restée incontestée dans l'asile, leur prestige à l'extérieur semble commencer à se dégrader à peu près à cette époque, bien que ce soit une donnée plus difficile à dater avec certitude. En tous cas, en 1877, l'universitaire B. Ball est préféré à l'aliéniste Magnan pour occuper la chaire des maladies mentales à la faculté de médecine (Castel 1976, p. 283, note 43).

Cette chaire est en soi une nouveauté, qui témoigne du rapprochement de la médecine mentale et de la médecine générale et d'une perte de pouvoir des aliénistes au profit des universitaires. Les théories et les remèdes de Pinel et Esquirol finissent par s'essouffler au moment où la neurologie se développe sous l'influence de Charcot, et se montre capable d'identifier des lésions affectant les systèmes nerveux et neuronal ayant une influence directe sur les comportements humains. L'obtention de la chaire des maladies mentales par les neurologues « *sera le premier coup gagnant d'une stratégie visant à imposer l'emprise des neurologues sur la nouvelle spécialité* » (Pinell 2004, p. 4). À partir de la fin du XIXe siècle,

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

les neuropsychiatres exercent une domination nette sur les aliénistes. L'essentiel de la formation des psychiatres s'opère pourtant au sein des asiles, même si l'enseignement officiel est assuré au sein des facultés de médecine par des neuropsychiatres, ceux-ci assurant leur domination par un contrôle des connaissances légitimes sur la folie.

Les aliénistes ne perdent pas pour autant tout leur prestige : en 1937, les asiles sont officiellement intégrés au secteur hospitalier et acquièrent la dénomination d'hôpitaux psychiatriques, tandis qu'un internat et un médicat sont spécifiquement créés pour cette filière. Cependant, le processus de « *normalisation* » (Pinell 2004) de la psychiatrie et son émancipation de la tutelle neurologique n'interviennent réellement que dans le courant des années 1960. Comme le souligne Castel, cette émancipation est relativement paradoxale, puisque c'est « *dans le champ de la médecine asilaire qu'il faut chercher l'impulsion principale d'où sont venus les changements institutionnels* » (Castel 1975, p. 61). L'expérience concentrationnaire des camps nazis a affuté les esprits de psychiatres de moins en moins enclins à reproduire l'isolement et l'enfermement de l'asile. Surtout, les hôpitaux psychiatriques ont été abandonnés par l'État français durant l'Occupation, provoquant la mort d'environ 45 000 aliénés (Bueltzingsloewen 2002, 2009). À la fin de la guerre, plusieurs psychiatres prennent le parti d'inventer de nouvelles formes de soins des malades mentaux. Comme le souligne Castel :

> Cette tendance (en fait assez éclectique, politiquement orientée à gauche mais selon une gamme d'attitudes qui va du parti communiste à l'humanisme libéral) se reconnait dans les espérances progressistes de la libération. Ce qui l'unit, c'est moins une orientation théorique précise qu'une volonté de changement (Castel 1975, p. 62).

Historiquement liés à l'asile qui est à l'origine de leurs pouvoirs, les psychiatres ont cherché, afin de préserver leur légitimité, à renouveler leurs modes d'intervention sur les troubles psychiques et la maladie mentale, quitte à abandonner le dispositif qui avait contribué à assurer jusqu'alors cette légitimité (Henckes 2007). Diverses expériences sont mises en œuvre et plus ou moins couronnées de succès. Elles aboutissent néanmoins à la circulaire de mars 1960 sur la sectorisation : découpant le territoire national en secteurs d'environ 70 000 personnes, chaque secteur doit assurer la prise en charge de la santé mentale de cette population en s'appuyant sur un réseau d'institutions nouvelles qui assurent une prise en charge ouverte, et la continuité des soins entre la prévention, la cure et la postcure (Castel 1975). Pourtant, en dehors de certaines expérimentations pionnières, la sectorisation met du temps à se mettre en place et il faut attendre les circulaires du début des années 1970 pour qu'elle devienne systématique[44] (Castel 1981). La politique de secteur, si elle annonce déjà une tendance

[44] L'un des enjeux de la sectorisation est celui de ses effets sur les populations atteintes de troubles psychiques : le risque latent de cette politique est de créer une différenciation entre malades bénéficiant d'un support matériel, familial, social, permettant l'usage d'un dispositif moins contraignant et fondé sur le recours aux soins plus ou

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

croissante à la territorialisation des politiques sociales, est à l'époque largement innovante. Si normalisation il y a, celle-ci relève moins d'un décalque d'autres politiques existantes[45] que d'un rejet du principe d'isolement thérapeutique systématique – celui-ci continue en effet d'exister sous la forme des hospitalisations d'office ou des soins à la demande de tiers (Marques et Velpry 2013). En réalité, la normalisation se traduit principalement dans le domaine des conditions de cohésion de la profession de psychiatres, et notamment de leur formation. En 1958, la réforme Debré a, pour l'essentiel, ignoré la psychiatrie (Pinell 2004 ; Castel 1981). L'évolution décisive a lieu dix ans plus tard, en 1968 : un nouveau découpage disciplinaire distingue de nouveau psychiatrie et neurologie ; un certificat d'études spéciales de psychiatrie est créé, de sorte que l'enseignement de la psychiatrie relève désormais des facultés de médecine et devient une spécialité – bien avant la médecine générale ; enfin, l'hôpital psychiatrique cesse d'être défini singulièrement pour être intégré au secteur hospitalier au titre d'hôpital de seconde catégorie.

Plus généralement, alors que les conditions d'exercice de la psychiatrie évoluent avec le déploiement de la sectorisation, de nouvelles relations se dessinent avec d'autres groupes professionnels engagés dans la prise en charge des troubles psychiques tels que les infirmiers psychiatriques ou les psychologues. Les premiers, héritiers des gardiens d'asiles (Jaeger 1994), voient leur statut finalement reconnu par un arrêté de 1969, après une longue période de flou liée à la reconnaissance du métier d'infirmière par un diplôme d'État en 1938 ; les seconds, qui ont commencé à se structurer dans les années 1920, se professionnalisent après la guerre sous l'effet de la diffusion des formations universitaires qui visent à dégager la psychologie de son socle philosophique. Les tensions qui émergent au sein du groupe entre un segment qui s'est formé au sein des administrations publiques, et un segment qui se forme par le biais d'un renouvellement générationnel et d'une formation universitaire de plus en plus marquée par l'approche clinique à partir des années 1960, empêchent l'unité de la profession, y compris après la création d'un titre unique en 1985 (Le Bianic 2005). Ces différents groupes sont amenés à travailler ensemble dans le cadre de la politique de sectorisation, par le biais d'alliances théoriques – psychiatres et psychologues s'appuyant sur la psychanalyse – ou thérapeutiques – *via* la solution médicamenteuse, qui concerne principalement psychiatres et infirmiers lorsqu'elle se diffuse (Castel 1981).

3. Errance et folie : la pathologisation du vagabondage au tournant du XXe siècle.

moins libre, et malades paupérisés, isolés et parfois fortement chronicisés au sein des hôpitaux psychiatriques, dont la fermeture a pu être vécue moins comme une libération que comme un abandon (voir chapitre 2, section 2).

[45] On peut relever que la sectorisation psychiatrique se déploie à une période où la réorganisation administrative de l'État est un enjeu central, et où la territorialisation devient l'un des outils privilégiés des politiques sociales.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

On l'a évoqué préalablement, la position de la psychiatrie au sein du champ médical est emblématique des caractéristiques propres de la médecine sociale : mobilisant peu de capital clinique, voire rejetant celui-ci alors qu'il s'affirme progressivement comme la principale ressource valorisable au sein du champ médical moderne, la psychiatrie doit sa légitimité à sa proximité avec l'État et avec les conditions d'exercice que celui-ci lui octroie. Sa naissance est ainsi étroitement liée à l'asile, support de sa professionnalisation, les psychiatres y développant leurs pratiques à l'abri des regards et des jugements concurrents, avec l'aval étatique :

> La profession de psychiatre reste avant tout associée à un dispositif institutionnel, celui de l'asile, mis en place par la loi de 1838 sur les aliénés. Jusqu'à la fin des années 1930, le psychiatre se définit moins par sa formation que par son lieu d'exercice et son mode de nomination spécifique, par le ministère de l'Intérieur (Le Bianic 2013, p. 180).

Le rattachement des asiles et de la psychiatrie au ministère de l'Intérieur, qui durera jusqu'en 1920 avec la création d'un ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales témoigne bien du rôle policier de la prise en charge de la folie (Jaeger 1994). À partir des années 1870, l'économie de ces rapports est appelée à évoluer. Ces évolutions s'observent notamment dans le rôle que cherchent à jouer les spécialistes de la folie dans la prise en charge du vagabondage et de l'errance. Pour être précis, c'est justement afin de distinguer certaines situations identifiées comme pathologiques, de situations de vagabondage au sens alors criminel du terme, qu'un processus de pathologisation s'observe à une période où le nombre d'errants ainsi que leur répression connaissent leur apogée (Wagniart 1999). Jean-Claude Beaune et Ian Hacking ont analysé en détail ce processus qui consiste à appréhender le vagabondage comme le symptôme d'un trouble psychique, voire comme un trouble en soi (Beaune 1983 ; Hacking 2002). Tous deux s'accordent sur un point essentiel : cette phase de pathologisation peut être bornée chronologiquement et intervient dans un contexte précis, qui l'a rendue possible. Elle s'amorce en 1887, lorsque Philippe Tissié, étudiant en médecine, publie à Bordeaux une thèse intitulée *Les Aliénés voyageurs*. Cette thèse introduit la description d'une nouvelle pathologie, le voyage pathologique ou « *fugue* », qui va fréquemment être diagnostiquée dans les années qui suivent. Dès 1888, Jean-Martin Charcot, qui a joué un rôle actif dans la mise sous tutelle de la psychiatrie par la neurologie, décrit le vagabondage pathologique comme un « *automatisme ambulatoire* ». Autour de 1893/1894, le vagabondage pathologique est décrit sous le terme de dromomanie – le grec *dromo* signifiant course de chevaux (Hacking 2002). Ces différentes appellations traduisent l'existence de controverses médicales autour de la qualification pathologique du vagabondage mais surtout, à travers elle, d'une solution à apporter à ce phénomène. Si aliénistes et neuropsychiatres s'entendent sur l'existence du trouble, son étiologie et sa classification font débat, notamment son appartenance à la catégorie de l'hystérie ou de l'épilepsie, voire de la neurasthénie.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Au tournant du XXe siècle, la fugue dissociative fait l'objet de colloques, articles, thèses et cours : des neurologues présentent, dans le cadre des formations qu'ils dispensent mais aussi lors de colloques, des individus fugueurs (Beaune 1983). Cet épanouissement n'est pourtant que temporaire. Il n'est presque plus question de fugues à partir des années 1910, au moment où le vagabondage lui-même n'apparait plus comme un problème social majeur[46]. Hacking voit dans un congrès consacré à la fugue à Nantes en 1909, regroupant neurologues et aliénistes, l'acte de décès de cette pathologie, la plupart des intervenants critiquant les théories élaborées sur la question, dans un contexte de remise en question plus large de travaux de Charcot sur l'hystérie. Pour Hacking, le déclin de la catégorie médicale de fugue nourrit le schéma théorique qu'il déduit de cette étude de cas et qu'il nomme « *maladie mentale transitoire* » (Hacking 2002). Celle-ci désigne une maladie n'ayant qu'une existence éphémère, liée à l'existence d'une niche écologique rendant possible et probable l'identification d'une telle maladie :

> Après 1920, le vagabond n'intéresse plus grand monde : les médecins (en particulier les psychiatres) ont d'autres soucis ; les urbanistes, les hygiénistes, d'autres préoccupations qui portent essentiellement sur la régulation interne des familles, "la science des intimités" ; quelques juristes (Durou) ou psychologues (Vexliard) ne peuvent empêcher que l'oubli s'empare maintenant de cet homme (Beaune 1983, p. 340).

Si la pathologisation du vagabondage a pu fonctionner, c'est parce qu'elle fournissait une explication efficace à un problème de plus en plus visible, mais plus largement, parce que les mutations socioéconomiques et épistémiques la rendaient particulièrement pertinente. En particulier, les théories de la dégénérescence morale, sociale et biologique qui prospèrent au tournant du XXe siècle, ont contribué à faire du vagabond l'archétype du dégénéré, qu'il est envisageable sinon souhaitable d'éliminer. Aujourd'hui obsolète, l'analyse de la pathologisation du vagabondage qui s'opère au tournant du XXe siècle met en lumière les liens précocement établis entre santé mentale et errance. Ces derniers seront remis au goût du jour à la fin du XXe siècle, comme on le verra dans le prochain chapitre.

III. La nouvelle médecine sociale : entre milieu hospitalier, médecine humanitaire et médecine associative

Ayant présenté l'essentiel du processus de structuration du champ médical moderne en focalisant l'analyse sur les différents sous-champs et segments professionnels de la médecine sociale, il reste à évoquer la période récente, au cours de laquelle certaines évolutions contribuent à rendre possible la formation d'une juridiction pluridisciplinaire de prise en charge des sans-domicile. Afin de ne pas empiéter sur le prochain chapitre, deux éléments sont

[46] Significativement, la fugue reste identifiée au sein des éditions successives du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), alors qu'elle n'est presque plus jamais diagnostiquée (Hacking 2002).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

analysés. En premier lieu, l'hôpital connait des changements structurels dans la seconde moitié du XXe siècle. Sa médicalisation, qui résulte autant qu'elle participe du processus de structuration du champ médical moderne, a abouti à une situation où l'hôpital est une institution presque exclusivement sanitaire (1). Le champ psychiatrique connait, lui aussi, des évolutions considérables. Dans le dernier quart du XXe siècle, avec la mise en œuvre de la politique de secteur et dans le cadre d'un mouvement plus large de reconnaissance des droits des patients, la prise en charge des troubles mentaux s'inscrit progressivement dans le paradigme de la santé mentale (2). Dans ce contexte, un secteur nouveau se développe, celui qui regroupe les institutions sociales et médico-sociales : la prise en charge sanitaire de la question sociale est progressivement externalisée à mesure notamment que chacune de ses incarnations fait l'objet d'une prise en charge spécialisée (3).

1. L'hôpital après 1945 : professionnaliser, techniciser et rationaliser le soin

On a déjà évoqué la métamorphose que connait l'hôpital au cours du XIXe siècle, en lien avec la structuration du champ de la médecine moderne. À mesure qu'il se médicalise, l'hôpital s'ouvre progressivement à d'autres catégories de la population : après l'admission d'assurés sociaux en 1928/1930, il s'ouvre à toutes les catégories sociales en 1941 et devient progressivement un « *hôpital toutes classes* » (Chauvenet 1978a). Dans la seconde moitié du XXe siècle, l'hôpital connait de nouvelles évolutions. La principale est la réforme hospitalière engagée en 1958 à l'initiative de Robert Debré, alors président de l'Académie de médecine. Réforme d'ampleur, celle-ci a fait l'objet d'analyses relatives aux facteurs l'ayant rendu possible[47] (Carricaburu et Ménoret 2004). En étant à l'origine des Centres hospitaliers universitaires (CHU), qui entérinent la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche du système hospitalier, cette réforme a renforcé l'hospitalo-centrisme du système de santé français. De nouveaux statuts sont créés (chef de service hospitalier, médecins hospitalo-universitaires) qui augurent d'une organisation pyramidale renforcée au sein d'une profession médicale moins unifiée en France que dans les pays anglo-saxons (Hassenteufel 1997). La loi Debré renforce par exemple l'hôpital dans la hiérarchie symbolique du soin : « *cette réforme a profondément bouleversé le déroulement des carrières médicales puisque l'hôpital est devenu*

[47] La filiation entre Michel Debré, Premier ministre du Président de Gaulle et Robert Debré a ainsi été soulignée, mais la loi a été votée en 1958, tandis que M. Debré n'est devenu Premier ministre qu'en 1959. De même, une lecture inspirée de la sociologie des organisations alors naissante en France autour de Michel Crozier (Paulange-Mirovic 2017 ; Rot et Borzeix 2017) a cherché à expliquer l'ampleur de cette réforme en insistant sur le caractère fortement bureaucratique de l'administration française de sorte que « *le changement ne [pouvait] survenir que sous une forme autoritaire, radicale et globale* » (Carricaburu et Ménoret 2004, p. 20). François Steudler insiste davantage sur l'impulsion donnée par différents groupes professionnels aux intérêts opposés (l'élite hospitalière souhaitant conserver ses privilèges, les tenants des sciences fondamentales souhaitant voir leurs spécificités reconnues), ayant mené à une réforme qui a visé à contenter la plupart des acteurs concernés (Steudler 1973).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

rapidement attrayant pour ceux qui souhaitaient combiner une double activité, clinique et recherche fondamentale » (Carricaburu et Ménoret 2004, p. 20). Pourtant, entre les CHU des grandes villes françaises et, *a fortiori*, parisiens, et les petits hôpitaux de villes moyennes de province, voire ruraux d'autre part, des différences marquées s'observent à tous niveaux : dotation économique, équipement, recrutement des médecins, profils des patients, etc. (Chauvenet 1972, 1973, 1976). La réforme met fin à la logique d'assistance de l'hôpital : en s'ouvrant à toutes les classes et en s'inscrivant dans l'ère de la médecine industrielle, en s'appuyant sur un système de Sécurité sociale lui-même fondé sur l'assurance, les plus pauvres en sont finalement progressivement écartés parce qu'ils incarnent un public difficile à prendre en charge, parfois dépourvu de couverture sociale, et vis-à-vis duquel la distance sociale entre soignants et soignés apparait maximale (Boltanski 1971) :

> La création de cet hôpital toutes classes rend caduque l'opposition traditionnelle entre médecine de riches ou médecine libérale et médecine publique ou d'assistance. La ségrégation sociale n'a pas pour autant disparu. Elle passe maintenant à l'intérieur même de l'institution hospitalière, ouverte à toutes les catégories sociales. Elle investit l'hôpital à travers la hiérarchie des divers statuts sociaux des médecins et à travers un système de prise en charge économique qui, pour être socialisé, n'en est pas moins hiérarchisé (Chauvenet 1978, p. 10).

Cette tendance se renforce avec la loi de 1970 qui organise le service public hospitalier en définissant ses missions de diagnostic, de traitement, d'enseignement, de recherche et de prévention. La loi ouvre aussi la voie au développement d'un réseau de cliniques privées, annonçant un processus de stratification particulièrement marqué du système de santé français qui se poursuit avec la création en 1980 d'un secteur conventionné à honoraires libres, puis en 1991, la possibilité de délégation de service public aux établissements privés (Memmi 2018). Ce processus touche directement le service public et se traduit par une volonté de reprise en main par l'État de l'hôpital et par l'observation de plus en plus attentive des dépenses de santé. De sorte que « *progressivement, l'hôpital apparait comme une véritable entreprise, dans laquelle doivent s'introduire les méthodes de gestion utilisées dans les autres organisations modernes* » (Steudler 1973, p. 31). La mise en œuvre de la carte sanitaire en 1974 incarne bien cette volonté de rationalisation. Si Steudler précise également qu'au moment où il écrit, la « "*rationalisation" se manifeste plus par un processus de contrôle que par un effort de "rentabilisation"* » (p. 31), la formule n'en reste pas moins prémonitoire, de nombreux travaux ayant depuis souligné la multiplication des outils d'organisation, d'évaluation et même de mise en compétition des hôpitaux entre eux (Juven 2016 ; Bertillot 2016) et leurs effets délétères en termes de pratiques du soin, de renforcement des inégalités sociales de santé mais aussi, en premier lieu, de conditions de travail des personnels hospitaliers (Chauvenet 1978 ; Peneff 1992, 2005). Plus généralement, cette période est marquée par une forte technicisation de la pratique du soin, liée à la fois au développement des connaissances biomédicales et à celui de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nouveaux outils et techniques. Tous ces éléments contribuent à faire de l'hôpital l'épicentre du système de soins français et de la profession médicale.

Pourtant, à partir des années 1990, et plus encore des années 2000, cet hospitalo-centrisme est en partie remis en question : en tant que dispositif archétypique d'un système de protection sociale qui est de plus en plus souvent présenté comme étant en situation de crise, l'hôpital est envisagé comme une dépense qu'il conviendrait de contenir (Pierru 2007). Les coûts de fonctionnement qui lui sont associés sont de plus en plus souvent dénoncés et présentés comme inacceptables (Duval 2002). Dans ce contexte, la médecine de ville, jusqu'alors perçue comme désuète et presque obsolète (Steudler 1977 ; Bloy et Schweyer 2010), est systématiquement mise en avant comme une solution de désengorgement des services hospitaliers, et notamment urgentistes. La création des réseaux ville-hôpital en 1991, puis la structuration des réseaux de santé à partir de la fin des années 1990 puis des maisons de santé et de la télémédecine quinze ans plus tard (Bercot et Coninck 2006 ; Acef 2008 ; Schweyer et Vezinat 2019), ou encore la reconnaissance d'un rôle de premier secours de la médecine générale en 2009 (Schweyer 2010b), sont autant de mesures mises en œuvre afin de déshospitaliser le système de santé français. Plus généralement, l'affirmation de l'hôpital « *toutes classes* », sa technicisation et l'impératif de rationalisation économico-sanitaire qui le touchent, amènent à une distinction plus nette entre champ social et champ hospitalier. Dans le travail qu'elle a consacré aux hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, Antoinette Chauvenet écrivait ainsi :

> Là où on distinguait l'hospitalisation, les hospices et les aliénés, maintenant on distingue l'hôpital toutes classes auquel on accède de plus en plus après une sélection médico-sociale, en qualité de malade aigu, les hospices, les maisons de retraite, les centres pour aliénées des lieux dits de désencombrement où l'on reflue tous ceux qui ne remplissent pas les conditions d'admission dans les hôpitaux (Chauvenet 1978, p. 46).

Au-delà de l'idéal universaliste d'un hôpital toutes classes, les réformes qui touchent le système de santé français dans la seconde moitié du XXe siècle créent une hiérarchie tripartite des soins entre système privé, service public et, au sein ou à côté de celui-ci, un espace relégué et déprécié, réservé aux franges les plus vulnérables[48].

2. L'*aggiornamento* de la psychiatrie

[48] Selon Dominique Memmi, entre la première classe du système privé et la seconde classe du service public, « *ce n'est pas tant en termes de contenu que les prestations sont hiérarchisées entre hôpitaux et cliniques qu'en termes de forme* », prenant l'exemple des délais d'attente ou de convocation, des échanges avec le personnel, du confort, etc. En revanche, elle souligne que les Permanences d'accès aux soins et à la santé, qu'elle envisage comme un « *retour de la troisième classe* », constituent un « *service de soins au rabais* » qui « *a, pour le coup, retrouvé tous les vieux défauts de l'hôpital public, encore si fréquents dans les années 1960* » (Memmi 2018).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Si le système de soin somatique évolue rapidement et considérablement dans la seconde moitié du XXe siècle, la psychiatrie n'est pas en reste. Après la Seconde Guerre mondiale s'opère ce que Robert Castel a nommé son « *aggiornamento* » (Castel 1981). Plusieurs changements d'ampleur y participent. En premier lieu, du point de vue de la formation universitaire et professionnelle, la psychiatrie se « *normalise* » (Pinell 2004) au sens où elle intègre le cursus classique de la formation médicale : jusqu'alors « *médecine spéciale* » (Castel 1976), elle devient spécialité médicale en 1968 et connait un traitement similaire aux autres spécialités en intégrant le concours de l'internat à la suite de la réforme de 1979-1982 (Castel 1981 ; Hardy-Dubernet 2000, 2003). En second lieu, les politiques publiques qui lui sont liées évoluent (Demailly et Autès 2012) : l'asile, qui survivait difficilement depuis la Guerre et l'épisode de « *l'hécatombe des fous* » (von Bueltzingsloewen 2009), est profondément remis en question par les analyses de Michel Foucault (Foucault 1961), Erving Goffman (Goffman 1961, 1963) ou encore Thomas Szasz (Szasz 1961) ; les critiques de l'enfermement, du pouvoir et de la domination issues du mouvement social de 1968 achèvent de le délégitimer. Il est remplacé par la politique de sectorisation, qui désigne le découpage du territoire français en aires divisées de manière à regrouper environ 200 lits pour 70 000 habitants. À « *l'institution spéciale* » succède ainsi diverses « *institutions spécialisées* » (Castel 1981 ; Henckes 2007), qui forment un maillage dont la principale visée est d'assurer la continuité des soins des malades, tout en assurant leur maintien dans la « *cité* » (Piel et Roelandt 2001a). La fermeture des asiles est parfois désignée comme un processus de « *désinstitutionalisation* » (Sicot 2006 ; Henckes 2007 ; Eyraud et Velpry 2014). Le terme, bien qu'il fasse l'objet d'analyses fines[49], est trompeur (Laberge 1988). Il suggère que la fin de l'asile signe la fin du travail institutionnel sur la folie et la maladie mentale. Or précisément, la politique de secteur, si elle supprime l'emprise institutionnelle *totale* de la psychiatrie sur les malades par le cadre asilaire, n'en demeure pas moins une structure caractérisée par une division du travail originale, des dispositifs reliés entre eux et visant à assurer la captation, la réception et la mise en circulation d'usagers, autant d'éléments qui participent de l'existence et de l'efficience d'une institution (Hughes 1942). Plus qu'une désinstitutionalisation, la politique de sectorisation est donc une recomposition du travail institutionnel sur la psyché. En troisième lieu, à l'intersection de ces deux dimensions, professionnelle et institutionnelle, on observe également le développement de nouveaux paradigmes plus ou moins concurrents visant à apporter des solutions à la maladie mentale (Castel 1981). À la révolution biomédicamenteuse liée à la découverte des neuroleptiques en

[49] Par exemple, Nicolas Henckes met en parallèle « *les deux désinstitutionalisations* » à l'œuvre dans la seconde moitié du XXe siècle (Henckes 2018). Il distingue une « *désinstitutionalisation anglo-saxonne* » qui « *renvoie au constat de la remise en cause de l'hôpital psychiatrique comme forme unique de prise en charge de la maladie* » (p. 143), d'une désinstitutionalisation « *plus spécifiquement française* » (p. 144) qui renvoie cette fois au « *constat de l'érosion des grandes institutions sociales : déclin du mariage et de la valeur famille, reflux des pratiques religieuses, remise en cause de l'État-providence, déstructuration des collectifs de travail* » (p. 144). D'autres auteurs ont utilisé le terme désinstitutionalisation pour renvoyer au processus de fermeture des asiles.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1952, au développement de la psychothérapie institutionnelle, et à la diffusion pour le moins contestée de la psychanalyse dans le champ psychiatrique français des années 1960, succèdent les thérapies comportementales, et la lente diffusion en France du mouvement antipsychiatrique, importé du Royaume-Uni. La psychiatrie, qui s'était efforcée tout au long du XIXe siècle de maintenir son unicité au prix de désaccords plus ou moins larvés, se caractérise au milieu du XXe siècle par sa pluralité (Demailly et Autès 2012).

Cet *aggiornamento* passe finalement par un changement plus large. Au-delà des débats sur le siège de la maladie, sur son origine biologique, sociale ou spécifiquement psychique, c'est l'appréhension générale des pathologies et des troubles qui évolue. Pendant plus d'un siècle, la psychiatrie a désigné une technique de gouvernement pour le contrôle de la folie, monopolisée par un groupe professionnel dont la légitimité reposait sur sa proximité avec l'État (Castel 1976). Dans le prolongement des évolutions évoquées précédemment, un nouveau paradigme se développe dans les années 1990, dans un contexte d'affirmation croissante du sujet, d'accentuation d'un idéal d'autonomie et de responsabilisation de l'individu (Ehrenberg 1991). Ce paradigme est celui de la *santé mentale* et désigne un état mental individuel ou collectif, bon ou mauvais. Alors que la psychiatrie ne concernait qu'un nombre relativement restreint d'individus, tout le monde a une santé mentale, sujette à des fluctuations ; par ailleurs, alors que la psychiatrie s'inscrit dans une logique curative, la santé mentale ouvre la voie à des pratiques préventives fondées sur l'articulation de mesures sanitaires et sociales (Philippe 2004). Le rôle propre de la psychiatrie dans ce nouveau paradigme est ambigu. D'une part, il est possible d'envisager qu'elle a vu son périmètre d'action considérablement élargi à des phénomènes nouveaux ou anciens, en tout cas pouvant faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique. Cette hypothèse s'appuie sur l'idée que de nombreux phénomènes tendent aujourd'hui à être envisagés comme des pathologies mentales, auxquelles la psychiatrie est la seule à même de répondre (Ehrenberg 2004). Le cas de la toxicomanie, rencontrée à nombreuses reprises dans le cadre de l'enquête empirique, fournit un exemple archétypique : après une décennie d'expérimentations mêlant travail social, médecine somatique et nombreuses initiatives portées par divers courants du monde psy, le paradigme « *éthico-psychanalytique* » s'impose aux principaux acteurs politiques en présence, parce qu'il dispose d'une légitimité considérable liée à l'essor de la psychanalyse après 1968 (Bergeron 1999). C'est avec l'essor de l'addictologie, portée par des pionniers qui reformulent les termes dans lesquels les usages de psychotropes et leurs effets sont appréhendés, que ces derniers s'inscrivent dans la juridiction de la psychiatrie (Fortané 2010, 2014, 2015).

À l'inverse, on peut également considérer qu'avec l'affirmation du paradigme de la santé mentale, la psychiatrie a vu sa juridiction investie et en partie concurrencée par d'autres segments et groupes professionnels revendiquant une légitimité à traiter les troubles psychiques, notamment lorsqu'ils ne font pas l'objet d'un diagnostic médical formel. La

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

particularité du paradigme de la santé mentale est par ailleurs de connaitre deux pôles, l'un positif, l'autre négatif, là où la psychiatrie ne prenait en charge – et ne continue de prendre en charge – que les troubles diagnostiqués comme pathologiques. Le cœur de métier de la psychiatrie, la maladie mentale, a ainsi été largement débordé par des considérations sur le bien-être, le stress, l'esprit, voire l'âme (Garnoussi 2007, 2011). Ce débordement se traduit plus généralement par l'avènement d'une « *culture psychologique de masse* » (Castel 1981), synonyme de diffusion, dans des pans très divers de la société, d'une lecture psychologisante des faits sociaux (Bresson 2006, 2012 ; Dodier et Rabeharisoa 2006 ; Castel, Enriquez, et Stevens 2008). Si celle-ci mérite d'être discutée, analysée et prouvée, on montrera que dans le cas de la prise en charge contemporaine des personnes sans-domicile, elle s'observe assez nettement et a été rendue possible par le brouillage des frontières entre travail social et soin psychique.

3. Vers un champ médico-social ?

Comment envisager la prise en charge de la question sociale au regard des évolutions que connait le système de santé, notamment l'hôpital ? Et plus précisément, comment assurer l'accès des pauvres à la santé et aux soins lorsque l'institution qui en était historiquement chargée change radicalement, bien que lentement, de fonctions et de missions ? D'après plusieurs auteurs, les mesures mises en œuvre dans les années 1970 témoigneraient d'une volonté de clarifier, en la dénouant, l'intrication historique des secteurs social et sanitaire, chacun étant appelé à se spécialiser, à s'autonomiser et à se diffracter en différents sous-champs. La création d'un secteur de l'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans cette perspective, en aménageant un espace intermédiaire (Jaeger 2014) : en 1975, une loi crée les institutions sociales et médico-sociales[50]. Celles-ci sont moins définies en fonction de leurs missions, de leurs finalités ou des professionnels qui y travaillent que de leurs bénéficiaires, figures héritées de l'indigence et ciblées par l'aide sociale (mineurs et familles en difficulté, handicapés, personnes « *inadaptées* »). La loi ne distingue pas les institutions sociales et les institutions médico-sociales, signe que différence réside moins entre visées sociales et médico-sociales, qu'entre visées sociales et visées strictement sanitaires (Bauduret et Gauthier 2013). De fait, la réforme hospitalière de 1970 prévoyait une période de transition afin que l'hôpital délègue progressivement ses missions sociales. La loi de 1975 met fin à cette période de transition et formalise l'existence d'un secteur appelé à prendre le relais des fonctions hospitalières historiques. En effet, on retrouve dans ce secteur les figures héritées de l'indigence et les institutions chargées de les prendre en charge tels que les dispositifs d'aide à l'enfance, de prise

[50] Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en charge de la vieillesse, du handicap, ou encore des familles et des individus dits « *en difficulté* ». Le handicap occupe d'emblée une place particulière dans ce champ puisqu'il fait l'objet d'une loi distincte, votée le même jour, dont plusieurs auteurs ont souligné qu'elle entérinait la formation d'un sous-champ à part entière (Baudot 2016 ; Cret et Guilhot 2016). En dépit de la loi de 1975, les contours et l'autonomie du champ médico-social apparaissent flous et discutables. Témoin de ce flou, la loi va être rapidement et très largement amendée, modifiée et critiquée. Marcel Jaeger, titulaire de la Chaire de Travail social et de l'intervention sociale au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) à Paris, et co-auteur de plusieurs ouvrages sur les politiques du secteur avec Jean-François Bauduret, haut-fonctionnaire ayant fait l'essentiel de sa carrière dans la haute administration sociale et sanitaire, explique ainsi, à propos des lois des années 1970 relatives au secteur hospitalier et au secteur médico-social :

> Il est convenu, par commodité de langage, de réduire cette dichotomie à sa plus simple expression : "le sanitaire et le social". C'est une façon d'indiquer que la notion de "médico-social" ne rend pas compte des croisements possibles entre les deux secteurs, car elle tire plus vers le pôle social que vers le pôle médical (Jaeger, p. 16).

Après le vote de cette loi, Bauduret, Jaeger et d'autres ne cesseront d'appeler au « *décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social* » (Bauduret et Gauthier 2013, p. 11), dans un idéal de continuité des parcours de prise en charge et d'articulation étroite de leurs dimensions sociales et sanitaires. Ce décloisonnement sera en partie réalisé en 2002, avec une loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale rédigée par Bauduret lui-même. En amont, une ordonnance de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée autorise les hôpitaux à créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, et revient ainsi sur la décision d'externaliser les missions sociales de l'hôpital, en plaçant celles-ci sous l'autorité sanitaire. Cette initiative est confirmée en 1998 par la loi de lutte contre les exclusions, qui met en place des permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) à destination des publics les plus vulnérables (Geeraert 2017). Les PASS existaient déjà sous la forme de « *cellules administratives* », mais la loi de 1998 les rend obligatoires pour l'ensemble des structures hospitalières.

En outre, les évolutions récentes du secteur hospitalier ont encore renforcé l'assise du sanitaire sur le médico-social. La loi Hôpital-patient-santé-territoire (HPST) votée en 2009 a ainsi regroupé au sein des Agences Régionales de Santé (ARS) plusieurs administrations sociales et sanitaires[51], plaçant *de facto* le secteur médico-social sous la direction administrative et financière du secteur sanitaire (Jaeger 2011 ; Jaeger et Bauduret 2012). L'un des points aveugles des analyses de Bauduret et de Jaeger concerne toutefois les rapports professionnels et disciplinaires qui se font jour dans le cadre d'une prise en charge de ce type, tel qu'ils ont

[51] Parmi lesquelles les Directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS, DRASS), les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), les Agences régionales d'hospitalisation (ARH)…

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

par exemple pu être étudiés par Stanislas Morel dans le cas de l'échec scolaire (Morel 2010). La constitution d'espaces pluridisciplinaires associant professionnels du travail social et professionnels du soin témoigne ainsi de l'hétéronomie du secteur médico-social, c'est-à-dire de la confrontation de savoirs, de compétences, de pratiques et d'acteurs plus ou moins concurrents. Plus généralement, la structuration du secteur médico-social fournit ainsi un réservoir de cas d'études des rapports des groupes professionnels à l'autonomie et à l'hétéronomie des tâches qu'ils doivent assurer. C'est au sein de cette écologie médico-sociale que se constitue une juridiction pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire de la prise en charge de la question SDF, au carrefour de la médecine hospitalière, du champ humanitaire et de la médecine associative.

Conclusion

L'analyse distincte de la prise en charge de la question sociale et du champ médical permet de restituer les mouvements de frontières de ces deux mondes qui, s'ils sont historiquement intriqués, ont néanmoins des logiques propres et des formes de structuration relativement autonomes. Ce processus d'autonomisation se renforce par ailleurs à partir du XVIIIe siècle, et se traduit par une spécialisation croissante des acteurs de chacun de ces groupes. Incarnant l'étrangéité et l'étrangeté, la paresse et l'oisiveté, voire la menace et le crime, le vagabondage fait tout au long de son histoire l'objet d'une condamnation quasi unanime. Cette condamnation morale se traduit par un traitement répressif remarquablement constant et une judiciarisation précoce du vagabondage. Les frontières qui délimitent son identification évoluent peu : c'est parce qu'il ne travaille pas alors qu'il le peut, et parce qu'il est par définition étranger partout où il se trouve, que le vagabond incarne l'archétypique du mauvais pauvre. La situation n'évolue, lentement, qu'avec la structuration de l'État social et le développement progressif du travail social. Mais ce n'est que dans la seconde moitié du XXe siècle, alors qu'une véritable politique d'action sociale est progressivement mise en œuvre, que le vagabondage intègre le giron de l'assistance. La frontière du social-assistanciel se déplace, et si les délits de vagabondage et de mendicité continuent d'exister officiellement jusqu'au milieu des années 1990, l'accès des vagabonds à l'aide sociale à l'hébergement amorce la formation d'une juridiction du sans-abrisme. La seconde frontière dont la généalogie a été restituée est celle de la médecine sociale. Le champ médical amorce son autonomisation, sa spécialisation et sa professionnalisation dès le XVIIIe siècle, avec l'essor de la biopolitique, nouvelle manière de gouverner fondée sur le contrôle et la surveillance des corps, des populations et de leur état de santé. Ce processus de professionnalisation s'observe particulièrement dans l'évolution des fonctions des structures hospitalières : à mesure que l'hôpital, institution historique d'accueil et

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'enfermement des indigents, se médicalise, ses missions sociales s'estompent lentement. Ces évolutions aboutissent, dans la seconde moitié du XXe siècle, à une situation où les pauvres sont exclus de l'hôpital, désormais institution médicale par excellence. C'est dans ce contexte que la santé physique et mentale des personnes sans-domicile fait l'objet d'un questionnement et d'un investissement croissant de la part des professionnels de santé, à l'origine d'une juridiction pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de prise en charge des sans-domicile.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 2. La médicalisation de la question SDF. Vers une prise en charge pluridisciplinaire

Les évolutions structurelles qui touchent la prise en charge de la question sociale, d'une part, et le champ médical, d'autre part, aboutissent à une situation de mise à distance, par le système de santé de droit commun, d'un nombre croissant d'individus. C'est dans ce contexte, et alors que la question SDF est de plus en plus clairement identifiée (Damon 2002a), qu'une préoccupation se fait jour autour de la santé des plus pauvres, exclus du système de soins : la question sociale posée par la question SDF se double ainsi d'une *question médicale*, formulée de différentes manières au cours des trente dernières années. Ce deuxième chapitre est consacré aux formulations de cette question médicale, qui participent de la structuration du système contemporain de prise en charge des personnes sans-domicile. On montre que les professionnels de santé, principalement des médecins s'inscrivant dans le champ de la médecine sociale (médecins généralistes, humanitaires, professionnels de la santé mentale), contribuent à la formation d'une juridiction pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire de prise en charge des personnes sans-domicile, à travers leur investissement croissant auprès de cette population. Celui-ci a été précoce, décisif et continu. Il a considérablement influencé l'organisation du travail de prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile. De sorte que la professionnalisation de cette prise en charge, envisagée dans une optique relationnelle de concurrence et de coopération entre différents groupes, s'est appuyée sur la médicalisation de la question SDF autant qu'elle y a participé.

Ce chapitre est divisé en trois sections, chacune d'entre elles étant consacrée à une formulation de la question médicale au sein de la question SDF. La première est celle de l'accès aux soins des exclus, dans un contexte où ces derniers font l'objet d'un rejet croissant du système de santé. Elle vise à éclairer les rapports entre les acteurs de l'humanitaire médical, qui jouent un rôle décisif de publicisation du problème dans les années 1980, et le groupe des « *pionniers de Nanterre* », selon l'expression d'Édouard Gardella (Gardella 2014, chapitre 3, voir encadré 2.1). Alors que les premiers ont fait l'objet de nombreuses études (Parizot 2003 ; Maury 2013 ; Rambaud 2015 ; Geeraert 2017 ; Izambert 2018), le travail des seconds est resté relativement confidentiel dans la littérature sociologique, à quelques exceptions près (Pichon 2005 ; Soutrenon 2005, 2006 ; Gardella 2014), qui n'ont pas directement interrogé l'influence de ces acteurs dans la promotion d'une prise en charge pluridisciplinaire. Dans cette perspective, il est intéressant d'analyser les rapports concurrentiels qui se dessinent entre ces deux groupes (section 1). La seconde section est plus spécifiquement consacrée à ces pionniers. À partir de l'analyse de leurs trajectoires socioprofessionnelles et des initiatives qu'ils mettent

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en œuvre, on montre que l'influence de ces acteurs est décisive et qu'elle a contribué à inscrire la prise en charge contemporaine de la question SDF dans une perspective pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (section 2). La troisième section est consacrée à la stabilisation de la juridiction de la prise en charge. Celle-ci s'opère par le travail de légitimation, déployé auprès de divers auditoires, des pionniers de Nanterre, et par l'investissement croissant des professionnels de santé mentale. Ces derniers sont amenés à intégrer la juridiction à la faveur de débats structurants autour de la santé mentale et de la prévalence des troubles psychiques au sein de la population sans-domicile (section 3).

Encadré 2.1 : les pionniers de Nanterre.

Emmanuel Soutrenon puis Édouard Gardella ont étudié l'influence des « pionniers de Nanterre », expression qui désigne un petit groupe de médecins qui ont travaillé au sein du Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (CHAPSA) à Nanterre. Si la seconde section de ce chapitre est consacrée à l'analyse des trajectoires de trois de ces pionniers, il convient de les présenter *a minima* dès à présent, dans la mesure où leurs noms seront évoqués dès la première section.

Parmi ces médecins, on trouve d'abord Patrick Henry, qui crée la consultation médicale du CHAPSA en 1984 et la dirige jusqu'en 1992, initiant l'assistance médicale aux clochards de Nanterre ; Xavier Emmanuelli ensuite, qui prend sa relève puis crée le Samu social, avant de devenir secrétaire d'État à l'action humanitaire en 1995 ; Jacques Hassin enfin, qui succède à son tour à X. Emmanuelli en 1995, et qui dirige encore aujourd'hui la consultation ainsi que d'autres dispositifs médico-sociaux au sein de ce qui est désormais le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre. D'autres figures ont gravité autour de la consultation ou y ont travaillé, tels le psychanalyste Patrick Declerck, les psychiatres Sylvie Quesemand-Zucca et Alain Mercuel, ou encore les infirmières de la consultation, anonymisées par ces protagonistes dont les discours oscillent entre invisibilisation et louange de leur travail.

Soutrenon et Gardella s'appuient beaucoup sur les écrits de ces acteurs – thèses, ouvrages de vulgarisation ou semi-savants, études épidémiologiques. Afin de prolonger l'analyse, des entretiens ont été menés avec ces médecins, dans l'optique de restituer leurs socialisations, leurs trajectoires professionnelles, les motifs de leur investissement auprès des sans-domicile et *in fine*, leur rôle dans la formation d'une juridiction pluridisciplinaire de prise en charge de la question SDF. Si les écrits sont une source stabilisée, les entretiens biographiques présentent l'avantage de donner accès à des informations officieuses, informelles mais précieuses. Ils comportent des apories bien connues des sciences sociales : approximations, erreurs, évitements, etc. Le croisement des informations recueillies permet de stabiliser les récits et les trajectoires individuelles et collectives.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. L'accès aux soins des pauvres et des exclus dans les années 1980

On l'a évoqué à la fin du premier chapitre : les années 1970 sont marquées par plusieurs évolutions dans les champs social et sanitaire – et par le développement concomitant de la notion d'exclusion. Si celle-ci peut être critiquée pour son flou, ou pour le contournement qu'elle opère des rapports sociaux de classe (Verdès-Leroux 1978 ; Castel 1995, 2009 ; Lafarge 2002), elle traduit bien néanmoins l'idée qu'en raison de divers mécanismes et processus, une frange croissante de la société française rencontre de plus en plus de difficultés à trouver un logement et un emploi ou à accéder à divers services publics, droits ou besoins fondamentaux (Viguier 2013). Autrement dit, ces groupes sont progressivement exclus du droit commun, du fait des règles et des normes qui encadrent son fonctionnement (Chauvenet 1978 ; Dodier et Camus 1997). L'exclusion a différentes figures, mais elles ont en commun de subir une mise à distance sociale, administrative, économique, culturelle, matérielle et symbolique, de plus en plus visible. Dans le domaine de la santé, la problématique de l'exclusion se traduit par une préoccupation croissante quant à l'accès effectif des plus pauvres au système de soins. Ce constat est à l'origine de l'investissement d'acteurs divers sur cette question. Dès le tournant des années 1980, des associations d'aide et de défense des droits des personnes étrangères et d'autres, davantage inscrites dans une logique caritative[52], créent des permanences médicales gratuites et inconditionnelles (Brodiez-Dolino 2013 ; Geeraert 2017). En 1984, Patrick Henry, médecin à l'hôpital de Nanterre, crée une consultation destinée aux usagers du Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (CHAPSA). En 1986 est créée la Mission France, un centre de soins gratuits de Médecins du Monde situé rue du Jura à Paris (XIIIe arrondissement). Celui-ci est mentionné par de nombreux travaux ayant décrit et analysé le rôle des acteurs de l'humanitaire médical dans les années 1980, soulignant leur influence sur les mesures sociales et sanitaires prises à cette époque.

Or l'un des points aveugles de ces analyses tient aux rapports que les acteurs humanitaires et hospitaliers entretiennent – ou non, mais dans ce cas pourquoi ? – avec les médecins de Nanterre. Les noms de Henry, Hassin et Declerck, sont largement absents de ces travaux, en dehors d'évocations ponctuelles et anecdotiques. Celui d'Emmanuelli y apparait en tant que fondateur du Samu social ou en tant que secrétaire d'État, mais non en tant que médecin des pauvres. De fait, il apparait bel et bien qu'il n'y a pas eu jonction entre les acteurs de l'humanitaire médical et les pionniers de Nanterre en dépit de leur interconnaissance, dont témoignent les mentions de MDM dans les entretiens réalisés avec les Nanterrois ou leur

[52] À Lille, une des principales initiatives est portée par une communauté baptiste dès l'hiver 1985-1986, soit moins d'un an après la création officielle de la consultation du CHAPSA. Voir le chapitre 3.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

participation commune à des ouvrages spécialisés (Lebas et Chauvin 1998). On peut expliquer cette distance par l'état du champ de l'exclusion et de sa prise en charge : celui-ci n'est pas homogène. Il fait l'objet de différenciations et de luttes de position visant à spécifier les modalités de soins des différentes figures de l'exclusion. Cette première section vise à analyser la construction de la problématique de l'accès aux soins des exclus à travers deux points. D'une part, sont restitués à partir de travaux déjà existants, le rôle et l'influence des acteurs de l'humanitaire médical dans la construction de cette problématique, de même que l'interprétation (a)politique dont fait l'objet ce cadrage (I). D'autre part, sont analysées les raisons pour lesquelles les acteurs humanitaires et les médecins de Nanterre tendent à développer distinctement des solutions de soins en marge du système de santé (II).

I. Exclusion des soins et raison humanitaire

Si le travail des acteurs de l'humanitaire médical a déjà été bien analysé, c'est principalement en raison de leur visibilité et du travail de lobbying et de communication mis en œuvre afin de promouvoir les mesures et dispositifs d'accès aux soins des exclus dans les années 1980. Cette visibilité doit également être reliée au développement des thématiques de la souffrance (Boltanski 1993a) et de ses différentes facettes (sociale, psychique, somatique) ; celle de l'écoute qui s'impose comme le principal mode de gestion de cette souffrance (Fassin 2004) ; et au développement concomitant de la « *raison humanitaire* », qui permet de décrire un principe de gouvernement fondé sur l'empathie, la compassion et les sentiments moraux, ces derniers tendant à prendre le pas sur la dénonciation des inégalités socioéconomiques (Fassin 2010). Les acteurs humanitaires participent de la diffusion de cette nouvelle configuration sémantique, qui trouve un écho marqué au sein du champ étatique (Fassin et Memmi 2004 ; Fassin 2006). Sont restituées ici les grandes lignes de leur investissement et la manière dont ils formulent une question médicale au cœur de la nouvelle formulation de la question sociale dans les années 1990 (1). On montre ensuite comment est interprétée cette question lorsqu'elle est mise à l'agenda étatique (2).

1. Le cadrage humanitaire de la question médicale

Les travaux qui se sont intéressés à la problématique du soin des plus pauvres au sein de la société française contemporaine témoignent de la construction de cette problématique durant les années 1980 et mettent en évidence certaines des réponses qui lui ont été apportées. Ils insistent sur un trait commun : le rapport étroit de ces réponses à l'engagement et à l'action

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

humanitaires. Au cours des années 1980 et 1990, les acteurs humanitaires, jusqu'alors principalement investis à l'étranger dans les situations de conflits ou de famine, créent en France des dispensaires médicaux afin de donner accès aux soins à des populations qui en sont éloignées (Parizot 2003 ; Maury 2013). Une des toutes premières structures spécifiquement destinées aux soins des plus précaires résulte de la coopération de trois associations situées à l'intersection du monde humanitaire et du secteur associatif et spécialisées dans l'aide aux personnes étrangères, notamment exilées : la Cimade, Amnesty International et le Groupe accueil solidarité. Elles créent en 1979 le Centre d'orientation médicale (Comede), qui s'installe dans les locaux de l'hôpital Bicêtre au début des années 1980 (Geeraert 2017, p. 129). Inspirés par cette initiative, les acteurs humanitaires suivent le pas. Tous les travaux qui leur sont consacrés soulignent l'importance du déploiement par Médecins du Monde (MDM) de sa « mission France », rue du Jura à Paris, en 1986. Après un premier centre à Paris, un second est créé à Bordeaux la même année, avant que d'autres ne voient le jour dans les années qui suivent (Mamou 1998).

Cette démarche est supposée nettement délimitée dans le temps. Il s'agit d'une part de répondre à l'urgence par l'urgence, principale compétence des acteurs engagés dans l'humanitaire, mais aussi « *d'alerter l'opinion et de faire pression sur les pouvoirs publics pour une réforme du système de protection sociale, afin que l'accueil de ces personnes soit le plus rapidement assuré par le service sanitaire public ou garanti par l'État* » (Parizot 2003, p. 79). Cette visée témoigne de l'évolution des missions que se donnent les acteurs humanitaires à la fin du XXe siècle : à rebours du devoir de neutralité qui fonde l'engagement des pionniers du secteur, les nouveaux humanitaires revendiquent un devoir de témoignage, voire de dénonciation des atteintes à la dignité et aux droits humains en toute situation. Cette transition s'incarne de manière emblématique à Médecins Sans Frontières (MSF), dont Elsa Rambaud a très finement restitué le processus « *d'institutionnalisation de la critique* », ainsi que ses rapports ambigus au pouvoir politique (Rambaud 2015). Le principal paradoxe qui se fait jour à propos de l'investissement des acteurs humanitaires tient précisément à la durabilité de leur action. Cet investissement est lié à plusieurs facteurs : d'une part, au cours des années 1980 éclatent l'épidémie de sida ainsi que la « *catastrophe invisible* » de la diffusion de l'héroïne (Bouhnik 2008 ; Kokoreff, Coppel et Peraldi 2018) et de ses usages par voie intraveineuse (Bouhnik 2007 ; Le Naour 2010), deux questions de santé publique sur lesquelles MDM a mené une action pionnière et décisive. D'autre part, alors que les discours officiels font état de la dimension éphémère des situations de nouvelle pauvreté, celle-ci se révèle structurelle et allant s'aggravant. Enfin, d'un point de vue plus institutionnel, ces acteurs fournissent des réponses toutes faites à des problèmes auxquels l'État peine à répondre. L'action des humanitaires, supposée temporaire, s'est ainsi affirmée comme incontournable de par sa proximité avec le terrain et l'expertise qui en a progressivement résulté (Mamou 1998).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

À quel point cette expertise a-t-elle influé sur le développement de pratiques, de politiques et de dispositifs visant spécifiquement à prendre en charge la santé des plus pauvres et des plus exclus du système de soins ? La thèse de Jeremy Geeraert éclaire cette question, en restituant très finement la formation de ce qu'il nomme un « *espace du soin de la précarité* » au cours des années 1980 et 1990 (Geeraert 2017). Il détaille les différentes stratégies adoptées par les acteurs humanitaires et, en l'occurrence, par les « jumeaux ennemis » Médecins du Monde et Médecins sans Frontières – MDM naissant d'une scission avec MSF en 1979/1980 (voir plus loin). En multipliant les initiatives à partir de 1986 – création de centres d'accueil, de soins et d'orientation ; mission « Sida-toxico » en 1987 ; programmes d'échange de seringues en 1989 ; campagnes d'appels aux dons à partir des années 1990 – MDM s'inscrit dans une logique d'*advocacy*. L'association mène des actions d'urgence pensées comme un palliatif aux manquements des pouvoirs publics et comme une alerte qui passe par un recours massif aux relais médiatiques. MSF, observant les initiatives mises en œuvre par MDM, choisit davantage le terrain du *lobbying* politique. Elle s'associe à une autre association, Relais Médical aux Délaissés (RE.ME.DE) et à un institut de recherche, le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES). Par des stratégies diverses de sensibilisation, de dénonciation et de lobbying, les acteurs humanitaires contribuent à dessiner un « espace du soin de la précarité », formalisé au cours des années 1990 grâce à plusieurs textes de lois : assouplissement des critères d'accès à l'Aide médicale départementale en 1992, circulaires Veil en 1993 et 1995 relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, mise en place des Permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) en 1998, création de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'État (AME) en 1999…

Les travaux évoqués précédemment résonnent avec la perspective développée par Didier Fassin, qui voit dans la *raison humanitaire* un registre d'argumentation et d'action qui s'appuie sur les sentiments moraux et les affects (Fassin 2010). Fassin montre ainsi qu'à la fin du XXe siècle, dans des contextes différents, cette raison humanitaire s'impose comme un répertoire légitime d'action publique. Au cœur de cette raison humanitaire se trouve l'idée d'une commune appartenance de tout humain à une même collectivité, qui participe de la diffusion de sentiments moraux. Le vocabulaire de la souffrance (sociale, psychique, émotionnelle) et la compassion qu'elle suscite constituent alors de puissants ressorts pour la mise en œuvre de l'action (Boltanski 1993a). Dans cette optique, la prise en charge contemporaine des sans-domicile, et *a fortiori* sa dimension médicale, seraient le résultat du travail de visibilisation opéré par des acteurs humanitaires jouant d'une expérience et d'un prestige acquis dans des contextes éloignés, suffisant pour dénoncer le paradoxe apparent d'une pauvreté croissante dans un pays comme la France et susciter ainsi le soutien de l'opinion

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

publique[53]. Pourtant, s'il parait indéniable que certains acteurs humanitaires ont joué un rôle dans la construction du problème du soin des exclus (Gusfield 1981 ; Damon 2002b ; Brodiez-Dolino et Ravon 2016) et le développement concomitant de leur accès aux soins, il reste à expliquer comment les pratiques, les représentations, ainsi que les rapports des professionnels de la prise en charge entre eux et avec leurs usagers, se sont structurés au cours des trente dernières années. Dans cette optique, il faut restituer la manière dont, à la fin des années 1980, la problématique de l'accès aux soins des démunis s'inscrit dans le champ politique. La raison humanitaire n'est pas seulement liée aux acteurs humanitaires eux-mêmes : si ces derniers y contribuent nettement, c'est aussi dans la mesure où ils privilégient des lectures dénonçant les situations d'urgence et d'action palliative auxquelles les paradigmes de l'exclusion et de la nouvelle pauvreté font écho. De ce point de vue, la formulation de la question médicale en une problématique d'accès aux soins fournit une interprétation qui épouse largement les réflexions qui se développent au début des années 1980 dans le secteur de la haute administration sociale.

2. Le traitement (a)politique de la question médicale

Si Médecins du Monde crée la « Mission France » de la rue du Jura en 1986, une consultation médicale dédiée aux usagers du CHAPSA de Nanterre est créée par le docteur en médecine Patrick Henry dès 1984[54]. Dans son analyse du rôle des médecins de Nanterre sur la structuration de l'urgence sociale, Gardella étudie l'origine de la consultation médicale du CHAPSA en s'appuyant sur la thèse de doctorat de Patrick Henry. Intitulée : *Création de la première consultation médicale réservée aux vagabonds parisiens*, elle est soutenue en 1985 alors qu'Henry est en formation à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. Dans cette thèse, le motif formel de la création de la consultation est celui de « *la difficile cohabitation entre "patients classiques" et "vagabonds"* » (Gardella 2014, p. 241) dans le service des urgences. La cohabitation est rendue difficile principalement du fait de l'hygiène et des odeurs des patients sans-abri. Des problèmes secondaires sont identifiés, comme la nécessité de mettre en œuvre un tri à l'arrivée des bus de la Brigade d'assistance aux personnes sans-abri (BAPSA) – qui amènent quotidiennement les sans-abri au CHAPSA (Soutrenon 2001 ; Gardella 2014) – afin d'identifier les personnes malades, ou encore l'éloignement relatif entre les urgences de l'hôpital et le centre d'hébergement. Gardella souligne par ailleurs qu'une autre thèse en médecine, également soutenue en 1985, identifie des faits similaires dans l'hospitalisation des

[53] Parizot (2003a) fait ainsi référence aux travaux sur les liens entre associations, médias et fabrique de la compassion, par exemple (Boltanski 1993 ; Cardon et al. 1999).

[54] En réalité, cette consultation commence à exister de façon informelle dès 1982. On revient dans la section 2 de ce chapitre sur les détails de cette création en proposant une analyse des matrices de socialisation de Patrick Henry et des autres pionniers de Nanterre.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

sans-domicile fixe à Sète. Autrement dit, la consultation médicale de Nanterre serait en premier lieu la conséquence d'un problème organisationnel lié à la médicalisation des hôpitaux, à leur technicisation croissante et à l'abandon concomitant de leur « *mission sociale* » (Imbault-Huart 1996 ; Dodier et Camus 1997). Le rejet croissant des plus pauvres par le système de droit commun apparait ainsi comme un facteur de préoccupation déterminant.

L'entretien réalisé avec Hélène Strohl-Maffesoli[55], coauteure d'un rapport consacré à l'accès aux soins des plus démunis en 1987, tend à confirmer cette idée. Elle a participé à un groupe de travail mis en place par Philippe Séguin, alors ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, cette même année ; son travail aboutit au rapport dit « Revol-Strohl » de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Hélène Strohl-Maffesoli est issue d'une famille alsacienne protestante et aisée : son père travaille dans le négoce de vins, sa mère est au foyer. Elle se définit comme « *jeune IGAS* » au moment de la rédaction du rapport, institution qu'elle a intégrée en 1983 à sa sortie de l'École nationale d'administration (ENA). Il s'agit d'une de ses premières missions. Elle est associée à Joseph Revol, autre énarque incorporé à l'IGAS, dont elle explique qu'il est choisi par son « *grand ami* » Gabriel Oheix, auteur d'un rapport déjà cité sur la pauvreté et l'exclusion en 1981, alors chargé de mission auprès de Philippe Séguin. Elle précise : « *Tous ces gens étant plutôt de droite, mais de cette droite gaulliste, sociale, etc.* » ; elle ajoute à propos de Séguin que « *c'est le plus grand ministre des Affaires sociales qu'on ait eu, hein, c'est clair* », louant un « *sens du concret* » et une efficacité qu'elle ne cesse de valoriser au cours de l'entretien. Parmi les personnes interrogées dans le cadre du groupe de travail, Strohl-Maffesoli évoque d'abord Nicole Notat[56] « *toute jeune encore !* », ainsi que Gérard Vincent, qu'elle identifie comme le « *créateur de la première consultation pour les SDF*[57] » à l'Hôtel-Dieu. Elle explique le contexte dans lequel ce groupe de travail est formé :

[55] Hélène Strohl-Maffesoli est la femme du sociologue Michel Maffesoli. Les rapports dont elle est l'auteure dans les années 1980 sont signés « Strohl », mais elle porte désormais également le nom de son mari. Strohl-Maffesoli a un profil original, qui oscille entre deux matrices de socialisation très éloignées. L'une témoigne d'affinités marquées pour une forme de pragmatisme et de technicisme, dont son parcours dans la haute administration est assez emblématique ; l'autre, d'affinités plus éclectiques, dont témoignent par exemple la réalisation d'un mémoire de DEA sur les mouvements d'ultragauche allemands, l'entame d'études de théologie associée au rejet franc de toute éventualité d'engagement dans le pastorat, ou encore son statut de directrice des Cahiers de l'Imaginaire, revue associée au post-modernisme et à la figure, controversée dans le champ sociologique, de Michel Maffesoli (voir plus bas).

[56] Nicole Notat, née en 1947, est connue pour avoir été secrétaire générale de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) de 1992 à 2002.

[57] Gérard Vincent est un haut fonctionnaire diplômé de l'Institut d'études politiques de Grenoble et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ; après avoir dirigé l'Hôtel-Dieu à Paris, il a été directeur des Hôpitaux au ministère de la Santé, avant d'intégrer l'IGAS puis de devenir délégué général de la Fédération hospitalière de France. Il n'est jamais mentionné dans les travaux sur la problématique de la santé des pauvres et des exclus dans les années 1980. En revanche, il est identifié par Pierre-André Juven comme l'un des principaux protagonistes du déploiement du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui participe, dans les années 1990, à la rationalisation économique des hôpitaux français (Juven 2017). On peut penser que si Strohl-Maffesoli

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> [Philippe Séguin] était à l'époque maire d'Épinal, et donc il dit à son copain Oheix, « *il y a un problème* » […]. Il dit qu'il y a un problème, parce qu'à l'hôpital d'Épinal, « *on me dit que toutes les nuits il y a des gens qui viennent en urgence, parce que la nuit on les prend, même quand ils n'ont pas de carte de sécu, etc., et donc je voudrais que vous me débrouilliez ça* ».
>
> Hélène Strohl-Maffesoli, ancienne inspectrice de l'IGAS, 68 ans

Ce contexte fait écho à la problématique de la présence de sans-domicile dans les services hospitaliers de Nanterre ou de Sète (Gardella 2014a). Ici pourtant, le problème n'est pas celui de la cohabitation problématique entre patients intégrés et sans-domicile fixe. Il s'agit plutôt d'un problème de couverture maladie des personnes qui fréquentent l'hôpital : en somme, la question est moins organisationnelle qu'administrative et technique. L'essentiel des mesures proposées par le rapport insiste sur une simplification de l'accès à la couverture maladie pour les plus pauvres et sur une quasi-automatisation de l'assurance personnelle, celle-ci devant, selon ses auteurs, être distinguée des mesures d'aide sociale[58]. Une seule proposition porte spécifiquement sur les « *exclus* », assimilés à des « *populations non informées sur leurs droits* » et aux « *anonymes* » : elle consiste à créer un réseau de centres de soins gratuits dans un délai très rapide (Revol et Strohl 1987). Au-delà de l'anecdote de l'hôpital d'Épinal, l'allocution de Séguin lors de l'installation du groupe de travail (Revol et Strohl 1987) montre que la problématique de l'accès aux soins des pauvres et des exclus a déjà été progressivement mis à l'agenda politique par divers rapports, Séguin citant notamment les rapports Oheix (1981) et Wresinski (1987). Pour l'administration, il s'agit de chercher un moyen de couvrir les personnes échappant à l'assurance sociale : les auteurs du rapport soulignent les apports des « *structures de soins spécifiques, dispensaires gratuits, consultations spécialisées* » mais aussi le risque que ceux-ci « *préfigure[nt] un système de soins à deux vitesses* » (Revol et Strohl 1987, p. 7), si ce n'est à trois si l'on prend également en compte le secteur privé – crainte qui aura tendance à se confirmer trente ans plus tard (Memmi 2018). La question de l'accès aux soins croise d'autres problématiques, liées au développement de la « nouvelle pauvreté » et de l'exclusion en France. Comme le suggère Nicolas Duvoux, dans ce contexte « *d'émergence d'une population dépourvue de droits* » se fait jour la nécessité d'une « *correction à apporter au système de protection sociale* » (Duvoux 2018). Strohl-Maffesoli confirme cette intuition en liant les idées développées dans le rapport avec le Revenu minimum d'insertion (RMI) et la création de la Couverture maladie universelle (CMU) :

> 1988, y'a le RMI, et je me souviens qu'il y avait mon petit camarade Jean-François Broutais, qui est mort depuis et qui devait être au cabinet de… je ne sais plus qui était ministre… et puis c'est Marie-Thérèse Join-Lambert qui était au cabinet de Rocard. Donc ils font le RMI, et ils disent quand même, « *ah oui, on va faire ce que vous aviez proposé* », c'est-à-dire on va faire une automaticité de l'accès à l'assurance personnelle pour les allocataires du RMI. Donc c'est vraiment, y'a vraiment la

mentionne son nom avant ceux de médecins ayant créé des consultations, c'est en raison de leur appartenance commune au champ étatique et d'affinités dispositionnelles.

[58] Je remercie chaleureusement Sandrine Maës d'avoir mis la main sur ce rapport et de me l'avoir communiqué.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> continuité entre le rapport Revol, le RMI, et puis la CMU, ça on le voit très bien… et c'est un peu les mêmes gens hein.
>
> Hélène Strohl-Maffesoli

La création du RMI semble fournir une solution, elle aussi technique, à la problématique de l'accès aux droits sociaux en automatisant l'accès à une couverture maladie. Lorsqu'elle circule dans la haute administration, la question du soin des plus pauvres est ainsi traduite en une problématique technique, celle de l'applicabilité de l'assurance sociale à des personnes privées de ressources. Comme Strohl-Maffesoli le suggère à la fin de l'extrait, on peut relier cette traduction à la sociologie des personnes membres de l'administration qui mettent en œuvre ces réformes. Des socialisations communes ou proches, à l'origine d'affinités électives, sont observables chez des personnes marquées par le christianisme social, l'engagement associatif ou une inscription durable au sein de l'hémisphère gauche de l'État. Dans son travail, Pierre-Édouard Weill a montré que ces socialisations communes ont eu un rôle décisif dans la mise à l'agenda et la traduction politico-administrative du droit au logement opposable au cours des années 2000 (Weill 2017, chapitre 1). C'est ainsi que Marie-Thérèse Join-Lambert, évoquée dans le précédent extrait, est présentée par un ancien directeur de la Mission recherche (MiRe) de l'administration des Affaires sociales comme l'incarnation emblématique d'une « *catégorie de hauts fonctionnaires avec un sens du social, nourris de sociologie, très éloignés de l'économie, et qui ne raisonnent pas à partir des contraintes budgétaires*[59] » (cité in Viguier 2013, p. 64). Les hauts-fonctionnaires Gabriel Oheix et René Lenoir, ou encore Jean-Michel Belorgey et Bertrand Fragonard, en dépit de divergences politiques plus ou moins marquées, appartiennent également à cette catégorie (Hassenteufel et al. 1999 ; Lafarge 2002). Par leur maitrise technique des sujets et des rouages de l'État, par leur expérience et leur circulation dans les cabinets ministériels et autres directions, ces hauts-fonctionnaires participent à l'euphémisation des clivages partisans.

La circulation de la problématique de l'accès aux soins dans différents champs (associatif, professionnel, administratif et finalement politique) et la solution technique qui est trouvée *via* son association avec le RMI donnent à voir les opérations de traduction dont elle fait l'objet (Bresson 1997). Le vote à la quasi-unanimité du RMI après la « *conversion* » de la gauche au principe d'une rémunération non conditionnée au travail est un symbole de la dépolitisation relative de la problématique (Lafarge 2002 ; Viguier 2013 ; Duvoux 2018). Hélène Strohl-Maffesoli aborde de manière détournée cette question, lorsqu'elle fait référence

[59] Sans doute faut-il relativiser cet éloignement : M.-T. Join-Lambert est diplômée de l'Institut d'études politiques de Paris, lieu emblématique de production de l'orthodoxie économique (Bourdieu et Boltanski 1976). Hassenteufel et al. l'identifient d'ailleurs aux côtés de Gérard Vincent notamment, parmi les gestionnaires du social dont la carrière « *se caractérise en général par une acceptation partagée de la contrainte financière sur les politiques sociales* » (Hassenteufel et al. 1999, pp. 85-86).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

au « *mythe de l'égalité de traitement* ». Elle développe cette idée dans un email qui fait suite à ma sollicitation pour réaliser un entretien, puis l'explicite durant l'entretien lui-même :

> Ma thèse est que la santé (ou plutôt l'accès aux soins ce qui n'est pas du tout la même chose) a peu à peu pris toute la place parce que c'est là que le mythe de l'égalité de traitement est le plus facile à réussir. On dit accès aux soins (parfois droit à la santé) et d'une certaine manière c'est assez facile, surtout qu'on ne prend pas en compte la prévention qui impliquerait de jouer sur les autres déterminants de santé bien plus importants, logement, alimentation, modes de vie etc. donc bonne conscience sans remettre en cause les vraies inégalités. Mais la question de l'accès aux soins est également celle à laquelle la réponse individualisée s'applique le mieux alors que les interventions pour empêcher que les personnes ne « tombent à la rue » devraient être plus communautaires (dans l'enfance) et moins taylorisées.
>
> Hélène Strohl-Maffesoli, email du 19 octobre 2018

> En fait, quand on était dans les Trente Glorieuses, on pensait que l'objectif, c'était l'égalité, on n'était plus à la question de la charité de la pauvreté, de la… réparation. Et puis à un moment donné je pense qu'on se heurte à une espèce de marge incompressible, c'est-à-dire qu'on n'arrive pas… c'est comme dans l'éducation nationale : tout le monde peut pas avoir son bac. Tout le monde pourrait, mais bon, ça marche pas quoi. Et là, sur la… la manière dont on aborde cette question : « *Même les pauvres ont les mêmes droits etc. sont égaux, ont les mêmes droits sociaux* », on est aux droits sociaux, aux droits concrets, pas au droit de vote, tout le monde se rend compte quand même qu'à un moment donné, ça marche plus quoi. Et à ce moment-là, la question du soin je dirais, elle s'est posée, mais au fond c'est presque la plus facile à résoudre… elle est d'autant plus facile à résoudre, qu'on dit qu'on fait une espèce de glissement, qui à mon avis est faux, entre l'accès aux soins et l'accès à la santé. Comme si les soins étaient le principal déterminant de la santé ! Alors que les soins sont un déterminant faible de la santé, et en tout cas en matière d'inégalités, très clairement, le logement, l'éducation, l'environnement, sont par exemple, mais surtout le bien-être psychique, le fait de se sentir bien dans sa communauté de vie, maintenant on prouve que ce sont des facteurs bien plus importants que le soin. Et on pense que, et on affiche, c'est presque un de nos mythes républicains : chez nous, en France, le clochard il a le droit à la même opération à cœur ouvert que le PDG. Moi je trouve ça très bien hein, mais parfois je trouve qu'on y passe un temps fou et quelque chose qui est finalement un alibi un peu, voilà.
>
> Hélène Strohl-Maffesoli

L'argumentation est sinueuse. Strohl-Maffesoli souligne l'écart qui se fait jour entre égalité de droit et égalité de fait, rappelant que la première ne mène pas mécaniquement à la seconde. Surtout elle souligne que la formulation en termes d'accès aux soins tend à individualiser la réponse apportée aux inégalités sociales de santé et à omettre les pratiques de prévention pouvant être mises en œuvre sur des déterminants de la santé moins directement attachés au champ médical. On pourrait ajouter que les soins eux-mêmes, qu'elle présente comme un faible déterminant de la santé, peuvent en réalité constituer des éléments aggravant les inégalités sociales de santé, la culture somatique des classes moyennes et supérieures étant plus en adéquation avec les représentations et les pratiques valorisées par les professionnels de santé que celle des classes populaires (Boltanski 1971 ; Aïach 2010 ; Loretti 2017). Finalement, Strohl-Maffesoli résume l'essentiel de la problématique de l'accès aux soins des plus pauvres dans les années 1980 à une question technique. Cette lecture mérite pourtant d'être approfondie, pour mettre en lumière les écarts entre les approches des différents acteurs qui participent de la prise en charge médicale des exclus.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

II. Le soin des pauvres, entre médecine sociale et médecine humanitaire

Comment caractériser et nommer la médecine qui se développe en France à partir de la fin des années 1970 et surtout des années 1980, et qui se donne pour principal objectif de soigner des personnes de plus en plus exclues du système de santé de droit commun ? On l'a vu, la médecine sociale n'est pas prioritairement la médecine des pauvres. Elle renvoie d'abord aux pratiques et formes médicales mises en œuvre au service de la puissance publique et du gouvernement des sociétés humaines (hygiène, santé publique, épidémiologie…) et à l'expertise rendue dans des champs au sein desquels elle a été légitimée (criminalistique, thanatologie, médecine du travail…). La nouvelle forme que prend la question sociale dans le dernier quart du XXe siècle, liée à l'effritement de la société salariale, contribue à un redéploiement de cette médecine. Les initiatives portées par Médecins du Monde et les humanitaires, par les médecins de Nanterre et d'autres acteurs plus nettement inscrits dans l'action caritative, y participent. Pourtant, un paradoxe identifiable *a priori,* est celui de l'absence de jonction, de coalition durable entre ces acteurs, alors que tous travaillent à prendre en charge des thématiques relativement proches : le soin des pauvres, le sida, les usages de drogue. On cherche ici à élucider ce paradoxe en mettant en lumière diverses explications : ces initiatives, plurielles mais aussi isolées, se développent sur un mode concurrentiel plutôt que coopérationnel, représentatif de la structuration concomitante des champs humanitaire (Rambaud 2015) et de la prise en charge de la pauvreté (Viguier 2013 ; Gerome 2017) (1). En second lieu, on analyse plus précisément les spécificités des groupes d'acteurs qui ont œuvré au développement de l'accès aux soins des populations les plus précaires, en termes de pratiques professionnelles, de profils de patients soignés et de pathologies rencontrées (2).

1. Un secteur concurrentiel

Dans son étude de Médecins sans Frontières et du champ humanitaire français, Elsa Rambaud souligne que le tournant des années 1980 est marqué par la multiplication d'acteurs se réclamant de l'action humanitaire. La scission entre MSF et MDM joue un rôle déterminant dans ce processus. Elle résulte d'un désaccord sur l'initiative portée par Bernard Kouchner, un des fondateurs de MSF, d'affréter un bateau pour porter assistance aux naufragés d'un navire vietnamien en 1979. L'un des principaux opposants à l'initiative est Xavier Emmanuelli, autre fondateur, qui dénonce « *une opération de bonne conscience d'intellectuels torturés plus qu'une action humanitaire efficace et sensée* » (Rambaud 2015, p. 125). Cette scission constitue en réalité l'aboutissement de tensions entre « biafrais » ou « kouchnériens » et « cochin-

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dochinois[60] », déjà en germes depuis plusieurs mois. En particulier, Emmanuelli et Kouchner s'opposent sur la question de la professionnalisation de l'action de MSF : le premier est favorable à la rémunération du travail médical effectué par les humanitaires, le second défend en priorité un militantisme à toute épreuve, visant à combattre l'oppression partout où elle s'éprouve. Rambaud montre bien que ces prises de position doivent elles-mêmes être rapportées aux origines et aux trajectoires sociales des membres, ce qui l'amène à parler d'une « *lutte des classes sociales, générationnelles, médicales, humanitaires* » (Rambaud 2015, pp. 120-127). À partir de ce moment, plusieurs nouveaux acteurs humanitaires voient le jour, en France et à l'étranger. Dans un contexte de refonte de l'action non-gouvernementale et associative, cette multiplication des acteurs s'opère sur un mode concurrentiel. On assiste à un phénomène similaire dans le champ de l'exclusion, dont Frédéric Viguier a bien montré le paradoxe : dans les années 1970/1980, la reconnaissance et l'institutionnalisation par l'État des acteurs du « *plaidoyer pour les pauvres* » se traduisent par sa mainmise sur ces acteurs (Viguier 2013). Les évolutions propres au secteur associatif, bientôt intégré à une logique de mise en concurrence généralisée, *via* la rationalisation de l'allocation des ressources publiques et les logiques d'appels à projets (Hély 2009), contribuent aussi à leur atomisation et à la formation de lignes de clivage entre acteurs anciens (ATD-Quart Monde, Emmaüs) et nouveaux (Les Restos du Cœur), d'origine caritative (Armée du Salut) ou laïque. Dans ce contexte, et dans la mesure où « *la porosité entre le monde humanitaire/caritatif/du plaidoyer pour les pauvres et les autorités publiques s'est accrue* » (Viguier 2013, p. 69), le secteur de la prise en charge médico-sociale de l'exclusion apparait profondément marqué par les logiques concurrentielles.

C'est dans cette optique que l'on peut analyser les rapports entre MDM et les médecins de Nanterre. L'un des traits remarquables de l'absence de jonction entre ces acteurs est qu'elle semble reproduire la rupture entre Bernard Kouchner et Xavier Emmanuelli : le premier a fondé MDM, tandis que le second est un des médecins de Nanterre, le plus illustre, bien que sa renommée n'y soit pas ou seulement indirectement liée. Au cours de l'entretien réalisé avec lui, Emmanuelli évoque à plusieurs reprises cette rupture et ses traces durables :

> Y'a aussi des gens qui m'ont descendu, ne croyez pas…
>
> **Oui, j'ai cru comprendre.**
>
> Vous avez des noms ?
>
> **… Kouchner ?**
>
> Oui. Pourquoi ? Il m'a vu en rival, tout le temps. […] Mais on était très fraternels mine de rien.

[60] Le camp des Biafrais regroupe, autour de la figure de Bernard Kouchner, le groupe de médecins engagés dans la cause humanitaire à travers leur expérience initiale au Biafra à la fin de 1968, province nigériane sécessionniste. Rambaud les décrit comme plus âgés, marqués par les guerres de libération, présentant des profils de « combattants » et souvent originaires de la bourgeoisie. Les « cochin-dochinois » sont plus jeunes d'une dizaine d'années, s'engagent dans l'humanitaire dans un contexte géopolitique plus pacifié, et pour la majorité, sont originaires des classes populaires ou de milieux plus modestes (Rambaud 2015 pp. 120-121).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Frères ennemis du coup ?

On est *devenus* frères ennemis du coup, quand il a cru qu'on était en compétition. J'ai jamais cherché à l'être. Mais après, quand même, quand il voulait conquérir MSF, il a fait (inaudible). On est vieux maintenant, mais il m'a pas pardonné.

[…]

Vous entrez au gouvernement en 1995… ?

Oui, en tant que secrétaire d'État à l'action humanitaire. Disons que c'était le poste que j'avais le plus combattu au temps de Kouchner[61].

Xavier Emmanuelli, ancien médecin à Nanterre, 80 ans

Ces extraits suggèrent une rancœur réciproque tenace entre ces deux figures reconnues de l'humanitaire. Si Emmanuelli estime que Kouchner ne lui « *a pas pardonné* », la réciproque est également valable puisqu'il explique avoir « *combattu* » son ministère. Cette tension se confirme au moment où Emmanuelli évoque l'absence de liens entre la Mission France et la consultation de Nanterre :

En 1986, y'a aussi la création du premier centre de soins gratuit Médecins du Monde…

Oui, rue du Jura. […] C'était qu'une (inaudible) : dépistage anonyme et gratuit du sida. Le sida était porteur dans ces années. Moi j'aime bien MDM *maintenant* (il insiste). Mais c'est un schisme de MSF, vous savez.

Oui je sais […]. C'était la même population [qu'à Nanterre] ?

C'était pas la même population. Nous c'est une population qui venait pas volontairement. Ils étaient anonymes, et d'ailleurs tout le monde s'en foutait : y'avait deux Mitterrand, un (inaudible) dans les noms de famille. On demandait pas.

Henry m'avait raconté ça oui. Donc pas de contacts entre…

Aucun ! Mais vous savez, d'abord, les assoc', elles se tirent la bourre les unes les autres pour des tas de raisons. Elles se tirent la bourre parce qu'elles ont des donateurs, vous pouvez pas dire : on fait le même boulot donc mettons nous ensemble, pas du tout. Si ils se mettent ensemble, il n'y a qu'une identité. Et y'a aussi une image : c'est bien d'être vu à la télé quoi ! vous n'avez qu'à demander à, comment il s'appelle déjà… je me rappelle plus son nom…

… comment ?

Le mec qui a fondé Médecins du monde (sourire), son nom… (rires) Vous m'éviterez de le prononcer (rires). Non je rigole, c'est insultant… vous comprenez pas. C'est de l'humour quoi. Je m'en fous.

Xavier Emmanuelli

Emmanuelli connait bien la Mission France et son activité : il me coupe lorsque je commence à l'évoquer, en précisant son adresse ainsi que sa spécialisation sur la problématique du sida. Il ne cache plus son animosité pour Bernard Kouchner, expliquant qu'il apprécie le travail de MDM « *maintenant* », faisant mine d'oublier le nom de son fondateur et de « *s'en*

[61] Bernard Kouchner occupe ce même poste (à l'époque un ministère) entre avril 1992 et mars 1993 dans le gouvernement de Pierre Bérégovoy. Longtemps marqué à gauche et proche du parti socialiste, il est ministre des Affaires étrangères et européennes de Nicolas Sarkozy dans les gouvernements Fillon I et II, après des expériences en tant que secrétaire d'État puis ministre délégué à la Santé de Jacques Chirac, dans les gouvernements de Lionel Jospin.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

foutre », bien qu'il critique discrètement sa propension à « *être vu à la télé* ». Il confirme finalement, lorsque je lui pose directement la question, que la consultation de Nanterre et celle de MDM ne soignent pas exactement les mêmes populations.

En évitant une lecture finaliste de la structuration du secteur de la prise en charge médicale des situations d'exclusion, il convient de ne pas surestimer l'influence des histoires individuelles sur la structuration du secteur de l'exclusion. Emmanuelli n'arrive à Nanterre qu'en 1992, huit ans après la création de la consultation du CHAPSA et six ans après celle de la Mission France. Par ailleurs, aucun élément dans la trajectoire de Patrick Henry, le créateur de la consultation de Nanterre, ne justifie un rejet de principe ou motivé par des affinités politiques, du travail de MDM. Il apparait surtout que, manquant de relais politiques, Henry rencontre davantage de difficultés à faire connaitre la consultation de Nanterre qu'une association comme Médecins du Monde, dont le fondateur sait parfaitement jouer de ses relations. Pour autant, il ne faut pas non plus ignorer complètement le rapport de distinction entre MDM-Kouchner et Nanterre-Emmanuelli, ni le poids de ces deux figures tutélaires dans les milieux politiques et associatifs français. Emmanuelli s'appuie sur une légitimité charismatique qui influe sur les représentations des médecins de Nanterre, prompts à se réclamer de la « *bande à Emmanuelli* ». Comme le suggère Rambaud :

> À MSF, la « personnalité » de tel ou tel est non seulement un ressort d'adhésion ou d'opposition mais un motif exprimable et acceptable de positionnement. Les acteurs se battent bien au nom de « principes » […]. Mais, dans cette association voulue légère et devant donner toute sa place aux individualités et aux relations fraternelles, la variable « personnelle » a une épaisseur propre qu'elle n'a pas ailleurs. En deux mots, cette variable personnelle est (aussi) une variable institutionnelle (Rambaud 2015, p. 126).

Le CHAPSA n'est pas MSF, mais on y observe un phénomène similaire : Patrick Henry, qui précède Emmanuelli à Nanterre, et Jacques Hassin, qui lui succède, critiquent ouvertement Bernard Kouchner, comme s'ils faisaient allégeance à Emmanuelli[62]. Ce dernier témoigne de sa distance avec la Mission France de MDM, et plus généralement d'une situation de concurrence des acteurs associatifs investis dans le champ de l'exclusion.

Il n'est alors pas surprenant que chaque acteur revendique être « *le premier* » à s'être intéressé et saisi de la question du soin des exclus. La construction d'une « *position d'avant-garde* » se trouve au cœur de la structuration de MSF et, par extension, du champ humanitaire (Rambaud 2015). Patrick Henry répète à plusieurs reprises la dimension inédite de « *sa* » consultation. Il explique ainsi avoir servi d'exemple aux humanitaires :

[62] Henry explique ainsi à propos de la fondation de MSF : « *parce que Emmanuelli, faut pas oublier, a été un des tout premiers, c'est pas Kouchner le premier, y'avait Emmanuelli, Brauman, Maluret, et je crois que c'étaient vraiment les trois premiers, Kouchner est arrivé un peu après ; mais comme Kouchner, c'est Kouchner, il est resté un peu avec eux et puis il a monté son truc après. D'ailleurs le prix Nobel c'est Emmanuelli et les anciens qui l'ont reçu, et pas Kouchner* ». En réalité, Bernard Kouchner a bien été l'un des principaux fondateurs de MSF (Rambaud 2015), et les propos de Henry témoignent surtout d'un parti pris pour Emmanuelli.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> C'est là où je suis encore plus fier, c'est que ce qui s'est créé après s'est inspiré de ma consultation. Ma consultation ça a vraiment été le premier truc, et là grâce à la presse. […] Donc gros phénomène de presse, et là, j'ai été contacté par MDM, par MSF qui avait monté un truc à cette époque-là, par l'AP-HP, je pourrais vous faire un gros historique des… comment… des PASS. […] Et donc les PASS, c'est ça, c'est un bon exemple les PASS. C'est un bon exemple pour… il faut prolonger, c'est un bon exemple de ce que ma consultation a pu amener au système, parce que c'est une première fois une femme médecin de Saint-Antoine, une femme remarquable, qui a vu la consult', on a parlé longtemps et qui a dit « je vais essayer de voir si je peux pas monter la même chose à Saint-Antoine ». Elle a essayé, et ça a pas marché. Ça a été refusé, etc. Bon. Et puis, ça avait dû rester dans les tiroirs et deux ans après, c'est un toubib de Saint Antoine, dont j'oublie le nom, un ancien *French Doctor*… son nom m'échappe, qui était marié à l'ancienne ministre de la Santé, ce qui a dû aider quand même… Comment, c'est très con… il était marié à Michèle Barzach. Vous allez sur internet, vous allez avoir cette réponse. Un mec très sympa, d'ailleurs très très bien. Et donc qui a repris cette idée-là, et qui a commencé à partir de cette idée-là, à créer des consultations, qu'il appelait la consultation « Baudelaire », la consultation « Verlaine », voilà, il avait donné des noms de poètes, et… il avait créé ça dans plusieurs hôpitaux, et c'est devenu les PASS.
>
> Patrick Henry, fondateur de la consultation médicale du CHAPSA, 66 ans

D'après Henry, la consultation médicale du CHAPSA est véritablement pionnière et à l'origine de nombreuses évolutions dans le domaine sociosanitaire, dont les PASS. L'homme évoqué par Henry dans l'extrait précédent est le docteur Jacques Lebas. Geeraert rapporte que Lebas s'engage dans la médecine humanitaire et dans la médecine du sida dès la fin des années 1970, notamment par le biais de Médecins du Monde qu'il rejoint dès la scission avec MSF. Après des missions au Salvador, il rentre en France et assure des consultations au sein du centre de soins de la rue du Jura à Paris[63], et préside MDM de 1989 à 1991. Geeraert confirme par ailleurs ce que suggère Henry, à savoir que son entourage a joué dans son investissement professionnel, à la frontière des sphères politiques et associatives. Lebas connait une trajectoire très emblématique de la matrice de socialisation commune à de nombreux acteurs humanitaires (Dauvin et Siméant 2002). Il est également l'auteur d'un rapport sur la prise en charge de la précarité à l'hôpital commandé par Martine Aubry et Bernard Kouchner, qui mène à la création des PASS. Selon Geeraert, il est *« la figure clé de l'institutionnalisation de la médecine de la précarité à l'hôpital* » (Geeraert 2017, p. 143) : à travers lui, on observe « *un mouvement de transfert du soin de la précarité du monde humanitaire vers l'hôpital public* » (*ibid.*, p. 142).

À bien des égards, Lebas est une figure emblématique de l'investissement de l'humanitaire médical sur la question de l'accès aux soins des pauvres et des exclus : il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur les liens entre santé et précarité, ou sur les inégalités sociales de santé. Bernard Kouchner, qui rédige la préface de l'un d'entre eux, lui rend un hommage appuyé : « *Jacques Lebas ouvrit, en fracassant les conformismes, le premier centre pour les précaires qui ne ressembla pas à une officine de charité. Le même accueil, le même parcours, le même hôpital pour les riches et les pauvres. Il rendit ainsi sa vocation sociale à l'hôpital*

[63] Plus généralement, les médecins qui y assurent des consultations sont d'anciens humanitaires de retour en France, qui créent des consultations dédiées aux exclus au sein des hôpitaux dans lesquels ils travaillent. Dans sa thèse, Geeraert restitue bien les trajectoires militantes et professionnelles de ces médecins (Geeraert 2017).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

public. […] Jacques Lebas a inventé en pays riche la médecine des pauvres, une pratique de la nécessité, celle des origines et de la vocation » (Kouchner 1998, pp. XV-XVI). Il est ici aussi question de « primauté » et d'invention d'une pratique nouvelle. Plus généralement, la Mission France de MDM est communément présentée par les acteurs humanitaires, comme par divers travaux qui l'ont étudiée, comme le premier centre de soins gratuits en France (voir notamment Mamou 1998 ; Parizot 2003 ; Maury 2013), alors que d'autres expériences, dont la consultation médicale du CHAPSA, ont existé préalablement. La primauté des actions et sa revendication témoignent d'une concurrence dans le renouveau de la médecine sociale qui s'opère à cette période avec l'investissement d'acteurs divers sur la question de l'accès aux soins des exclus. Néanmoins, si la primauté est un enjeu symbolique révélateur des évolutions de la prise en charge de l'exclusion, elle détourne en partie l'analyse. En effet, c'est aussi au niveau des pratiques, des populations et des pathologies qu'on observe sur ces sites que s'opère la distinction entre ces acteurs.

2. Des approches distinctes et distinctives

Dans un extrait d'entretien cité précédemment, Xavier Emmanuelli mentionne que les populations fréquentant les consultations de Nanterre et de la rue du Jura ne sont pas les mêmes, en raison du fonctionnement de ces consultations – « *c'était pas la même population. Nous [à Nanterre] c'est une population qui venait pas volontairement* ». Pendant longtemps, les clochards parisiens sont amenés à Nanterre de force par les agents de la préfecture de police, bientôt suppléés par des agents de sécurité de la RATP. Cette contrainte tend progressivement à s'affaiblir. Dans un travail de DEA d'éthique médicale soutenu en 1992, Jacques Hassin, qui prend la suite d'Emmanuelli à la tête de la consultation, souligne que si les arrivées seul(e) et par des moyens propres restent minoritaires en 1991 (19,29 %), elles ont augmenté de 650 % par rapport à 1987 (Hassin 1992, p. 26), suggérant des évolutions dans le mode de fonctionnement du CHAPSA ainsi qu'un changement plus général dans l'appréhension de la question SDF. En 1989, une loi « *portant diverses mesures d'ordre social* » modifie le statut de la Maison de Nanterre : celle-ci devient « *un établissement public de la ville de Paris à caractère social et sanitaire, dénommé "centre d'accueil et de soins hospitaliers*[64] *"* ». Jusqu'en 1994 pourtant, le vagabondage et la mendicité demeurent des délits : le CHAPSA et sa consultation déploient alors un accueil qui oscille entre logiques répressive et assistancielle. La

[64] Trois missions lui sont dévolues : « *l'accueil et la réadaptation sociale des personnes sans-abri orientées par le préfet de police de Paris* » ; « *le service public hospitalier* » ; et « *l'hébergement et les soins des personnes âgées et des personnes handicapées qui y résident* ». La fonction de soins des personnes sans-domicile de la consultation n'est pas spécifiée : si elle peut se rattacher au service public hospitalier, on peut surtout penser qu'elle n'est pas encore connue, ni reconnue comme dispositif permettant l'accès aux soins des sans-domicile.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

situation est différente dans le cas de la Mission France. Celle-ci se trouve dans Paris, et vise à soigner des personnes qui le souhaitent, mais rencontrent des difficultés à le faire dans le droit commun. Hélène Strohl-Maffesoli suggère que cette différence de fonctionnement influe sur les pratiques de soins mises en œuvre :

> C'est à l'époque qu'on a vu celui qui était à Nanterre là… qui a écrit le beau livre…
>
> **… Declerck ?**
>
> Oui.
>
> **Donc lui vous l'avez vu ?**
>
> Oui, oui oui, Declerck on l'a vu. Declerck, on l'a vu. Lui, le constat qu'il faisait, qui était, que c'était de l'espèce de médecine de brousse qu'il faisait à Nanterre. C'est-à-dire que vraiment, l'état de, de grande… le besoin de soins de ces gens-là quoi. C'était vraiment une question, c'était pas la question qu'on pose tout le temps maintenant « *avez-vous déjà renoncé à des soins ?* », je veux dire, on n'était pas là-dedans.
>
> Hélène Strohl-Maffesoli

Le contexte de la pratique du soin à Nanterre apparait ici comme une situation limite, éloignée des seules problématiques du renoncement aux soins. L'expression « *médecine de brousse* » est pourtant ambivalente. Elle traduit l'idée d'une médecine réalisée avec peu de moyens et dans un contexte quasi officieux, donc précaire. Elle renvoie aussi à la médecine coloniale et militaire, dont Xavier Emmanuelli assume l'héritage au cours de l'entretien avec lui. L'expression renvoie donc à une médecine différente, en raison du contexte de soin, de la population et des pathologies qui sont soignées. Par ailleurs, si Strohl-Maffesoli évoque l'avoir rencontré dans le cadre du groupe de travail, Declerck, comme les médecins de Nanterre, ne sont pas identifiés dans l'annexe du rapport relative aux personnes rencontrées. L'expression « médecine de brousse » s'y trouve néanmoins, non pas pour opposer le contexte nanterrois à celui de MDM mais lorsque les auteurs pointent le risque d'une « *médecine à deux vitesses* », opposant une « *"médecine de brousse", gratuite et spécifique pour les exclus du système, [et une] médecine hautement humaine et technicisée pour les actifs et leurs familles* » (Revol et Strohl 1987).

D'autres éléments permettent de penser qu'il existe des différences marquées et marquantes entre ces deux consultations. Si, à Nanterre, la consultation médicale n'est pas un passage obligatoire, elle s'inscrit progressivement dans le fonctionnement plus général du CHAPSA. Les chiffres témoignent de son succès puisqu'entre 1984 et 1991, la consultation compte 49 984 passages, pour 8 710 dossiers individuels (Hassin 1992, p. 45). Ce succès est encore plus net à la Mission France. Selon les chiffres cités par Geeraert à partir des rapports d'activité de la Mission France entre 1986 et 1991, plus de 20 000 personnes s'y seraient rendues sur cette période, soit plus de deux fois plus qu'à Nanterre (Geeraert 2017, p. 135). La différence d'accessibilité et de fonctionnement entre ces deux consultations influe sur leur

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

fréquentation. Au-delà de ces différences organisationnelles néanmoins, d'autres facteurs jouent dans la sociologie différente des populations qui y ont recours :

> Dans mon souvenir c'était vraiment pas… d'abord Médecins du Monde, je pense qu'il y avait pas mal d'étrangers quand même hein, clandestins : on est en 1986, on est dans une époque… donc ça c'est clair, après la régularisation, hop, on a refait… la circulaire Dufoix qui est la première, elle est de 1983 ou 1984, donc voilà, on commence à avoir ça, donc y'a les étrangers. […] Je pense pas que c'était, quand même, je pense pas que c'était les mêmes…
>
> Hélène Strohl-Maffesoli

Selon Hélène Strohl-Maffesoli, le travail de MDM s'opère principalement auprès « *d'étrangers* » et de « *clandestins* » dans un contexte de durcissement drastique des conditions de vie des personnes étrangères en France. Le rapport Revol-Strohl confirme discrètement cette information, dans une note de bas page associée à la situation des demandeurs d'asile en attente d'allocation d'insertion, qui précise que *« c'est, en principe, pour eux que MDM avait ouvert son premier dispensaire gratuit. L'association Comède leur assure également des soins gratuits* » (Revol et Strohl 1987). Geeraert abonde et apporte d'autres éléments :

> En tout, plus de 20 000 personnes se sont rendues au CASO de la rue du Jura entre 1986 et 1991, plus de 4 000 par an, deux tiers d'entre elles étaient des hommes pour un âge moyen de 33 ans. La moitié était des étrangers et, parmi eux, 22 % étaient en situation irrégulière. La part de cette population a augmenté entre la période 1986-1987 (12 %) et la période 1990-1991 (16 %), laissant déjà apparaitre une tendance qui s'accentuera avec le temps. Il est intéressant de remarquer que 11 % de la population totale entre 1989 et 1991 touchait des indemnités (Assedic, RMI, pensions, etc.) soulignant qu'à côté des étrangers en situation irrégulière et des personnes très marginalisées (SDF, toxicomanes, etc.), il existait également un groupe de personnes qui bénéficiait des filets de sécurité de l'État social, mais n'avait tout de même pas accès aux soins (Geeraert 2017, p. 135).

En somme, les « *SDF* », qui désignent ici en creux les sans-domicile français, ne sont pas majoritaires à la consultation de MDM. La comparaison avec le CHAPSA est à ce titre révélatrice, puisque la proportion d'étrangers y est nettement plus faible, bien qu'elle tende à augmenter : sur la période 1987-1991, Jacques Hassin observe que la part d'étrangers passe de 24,2 % à 31,5 % (Hassin 1992, p. 33). Ces chiffres sont ceux du CHAPSA et non de sa consultation médicale, mais on peut penser que la part d'étrangers ayant recours à la consultation de Nanterre est plus faible que celle de MDM. De fait, l'un des traits spécifiques de l'engagement des associations humanitaires tient à leur défense de la situation des étrangers (Izambert 2018), dans le contexte particulier évoqué par Strohl-Maffesoli. Si la circulaire Dufoix, prise peu de temps après la « Marche pour l'égalité et contre le racisme » de l'automne 1983 amène à la création d'une carte de résidence de 10 ans (Hajjat 2014), les lois dites « Pasqua », en 1986 et 1993, aboutissent à l'exclusion de l'assurance maladie des étrangers en situation irrégulière (Geeraert 2017). Les acteurs humanitaires jouent alors un rôle central dans le maintien de l'accès de ces derniers à l'Aide médicale gratuite (AMG), puis dans la création de centres d'accès aux soins, enfin dans la création des PASS et de l'AME (Izambert 2018).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Une autre caractéristique de l'investissement des humanitaires est d'être étroitement et précocement lié à l'épidémie de sida, à la dénonciation de la méconnaissance de la maladie et des comportements à risques, ainsi que de la faiblesse des mesures de prévention qui en résultent (Dodier 2003). En l'occurrence, Médecins du Monde met en œuvre les premières mesures de prévention et de réduction des risques par le biais de sa mission « sida-toxico » en 1987 et surtout, du premier programme d'échange de seringues en 1989 – programme engagé de façon illicite (Mamou 1998). Au début des années 1990, la prévalence de séropositivité parmi les personnes étrangères contribue à une jonction des associations de l'humanitaire médical et de défense des étrangers, facilitée par le fait que les acteurs qui prennent en charge ces problématiques se connaissent ou travaillent ensemble (Izambert 2014b). Cette interconnaissance n'est pas synonyme d'absence de tensions, une partie des associations de défense des étrangers reprochant aux associations d'aide aux malades du sida de ne pas les considérer. Dans ces échanges, la question SDF est occultée. De fait, les usagers de la consultation de Nanterre semblent peu affectés par le sida. Interrogé sur cette question, Patrick Henry explique avoir effectivement rencontré « *plusieurs cas* », sans pour autant relever une forte prévalence :

> C'était pas délirant : on aurait pu s'attendre effectivement à ce qu'il y ait beaucoup plus de trucs comme ça d'autant que médicalement, à part moi, ils étaient pas pris en charge. Faut voir qu'ils baisent pas non plus. Alors chez les toxicos ça peut s'expliquer par la seringue souillée, mais les contaminations par voies sexuelles étaient très limitées parce qu'ils baisent pas les mecs.
>
> Patrick Henry

Pour Henry, l'absence de relations sexuelles chez les personnes qu'il soigne explique la faible prévalence du sida parmi ceux qu'il nomme sa « *clientèle* ». Au-delà de cette évaluation approximative, il dénombre au cours des six premiers mois d'existence officielle de la consultation seulement 0,4 % de toxicomanies – qui sont distinguées des « *ébriétés* » et des « *delirium tremens* » – et 0,5 % de maladies sexuellement transmissibles (cité in Gardella 2014a, chapitre 3). De même, le sida et le VIH sont entièrement absents du mémoire de DEA de Jacques Hassin (1992). Ils le sont aussi de sa thèse, soutenue en 1996, à une mention près qui fait écho à une étude menée auprès de 276 patients de la consultation. Hassin souligne que le « *VIH concerne 6 patients soit 2,17 % des patients et 0,52 % des antécédents. On peut être surpris de ce petit nombre. Rappelons que pour différentes raisons, les toxicomanes ne fréquentent guère ou en tout cas pas volontiers le CHAPSA* » (Hassin 1996, p. 196). Il est possible qu'un nombre plus important d'usagers du CHAPSA et de sa consultation aient été malades du sida, le passage par la consultation n'étant pas obligatoire et le dépistage non-systématique. Les médecins qui y ont travaillé font néanmoins le constat d'une faible prévalence de celui-ci parmi les clochards, *a fortiori* par rapport à d'autres pathologies.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Les pathologies soignées et les pratiques de soin permettent également d'expliquer la distinction entre humanitaires et nanterrois. Jacques Hassin évoque des débats et des controverses qu'il a eus avec Jacques Lebas à l'époque :

> J'ai connu les débuts, avec la première consultation, la première PASS somatique, avec Jacques Lebas. Et avec Jacques Lebas, c'était amusant, enfin oui amusant, parce qu'on se pourrissait dans les colloques : « *mais non, ils sont comme ci !* », l'autre disait « *mais non ils sont comme ça !* ». Et quand on a commencé à se rencontrer et que je suis allé le voir à l'époque, on a vu qu'on n'avait pas la même population, on parlait pas de la même chose. C'est-à-dire que ceux de cette PASS Saint-Antoine « Baudelaire », peut-être qu'un jour ils arriveraient chez moi, mais ils étaient en amont de ça, donc c'était pas la même population.
>
> Jacques Hassin, directeur actuel du CASH de Nanterre, 66 ans

On le voit dans cet extrait, la différence de population renvoie implicitement à une différence d'état de santé, envisagée comme évolutive. De fait, ces deux approches – par population et par pathologie – ne peuvent être complètement distinguées dans l'esprit des médecins de Nanterre puisque ces derniers déploient une appréhension clinique de la vie en rue et de ses effets sur la santé des usagers de la consultation, engagés dans un processus de désocialisation pathologique. Henry parle fréquemment au cours de l'entretien de populations spécifiques et des pathologies qui peuvent leur être associées. Un bon exemple en est offert justement par la question du sida et des pratiques à risques de contamination associées :

> Après y'a eu des études très sérieuses qui ont été faites, par l'Observatoire du Samu social[65], très belle étude, très très bien faite, mais qui s'adresse pas à cette population, c'est une population spécifique : c'est une population plus jeune, plus insérée, plus de zonards. Alors là ils tirent leur coup. La clientèle que j'avais, j'ai eu beaucoup de mecs qui m'ont avoué n'avoir jamais eu de rapports sexuels de leur vie. Ils avaient 50 berges quoi. C'était un sujet, mais c'était pas un problème.
>
> Patrick Henry

Henry distingue ici la population qu'il soignait d'une population apparue plus tardivement, les « *zonards* » ou « *jeunes en errance* » (Rothé 2010 ; Pimor 2013), population qui elle aussi fait l'objet d'un travail de construction fondé sur les difficultés à la capter par les dispositifs traditionnels (Pattegay 2001), mais aussi sur une psychologisation de leurs comportements – l'errance physique étant associée à l'errance psychique (Chobeaux 1999 ; Douville 2007). Cette démarche de spécification de la population accueillie et soignée s'observe plus généralement dans le travail des médecins de Nanterre, et participe de leur légitimation dans le champ de la médecine sociale.

***

[65] L'étude est réalisée avec le soutien de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et publiée en mars 2007 (Laporte et al. 2007). Voir aussi l'un des articles tirés de cette recherche, qui restitue l'état de l'art et la démarche d'enquête adoptée (Oppenchaim et al. 2010).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cette première section a permis de mettre en lumière la formulation d'une problématique de l'accès aux soins des personnes exclues du droit commun au cours des années 1980. Cette formulation contribue à un certain renouveau de la médecine sociale, qui entretient des liens étroits avec la médecine humanitaire. Si les acteurs humanitaires sont parmi les premiers à formuler cette problématique, les pouvoirs publics s'en saisissent et la traduisent en des termes techniques. Plutôt que de s'interroger sur les inégalités à l'origine de la problématique d'accès aux soins, ils contribuent progressivement à développer un tiers-secteur, que Jeremy Geeraert a étudié comme un espace du soin de la précarité. Plus précisément, Isabelle Parizot a bien montré que l'on voit se développer, à partir des années 1990, deux systèmes de valeurs partageant une préoccupation commune sur la santé des exclus, mais traitant différemment cette préoccupation : un univers symbolique humaniste, centré sur « *une prise en charge interprétée comme une relation de soutien qui déborde l'action thérapeutique* », et un univers symbolique médical centré sur « *une logique et [des] valeurs professionnelles* » qui ne diffèrent pas ou peu des pratiques médicales mises en œuvre auprès d'autres publics non-précaires (Parizot 2003, p. 155). De fait, tous deux sont en partie liés, la plupart des « *consultations précarité* » à l'origine des PASS étant initialement créées par des médecins hospitaliers ayant œuvré dans l'humanitaire (Geeraert 2017). Où se situent les médecins de Nanterre par rapport à ces deux univers ?

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. Sociogenèse de la médicalisation des sans-domicile. Une analyse des trajectoires des médecins de Nanterre

L'analyse qui précède a permis d'évoquer le renouveau de la médecine sociale, portée par les acteurs humanitaires. On a commencé à évoquer le travail des médecins de Nanterre, en le rapportant aux humanitaires et en soulignant les différences qui s'observent entre eux. Mais qui sont ces médecins et quelle est leur influence sur la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile ? Qu'est-ce qui les différencie des acteurs humanitaires, en termes de socialisations et de trajectoires professionnelles ? La section qui suit est consacrée aux trajectoires individuelles et collectives de ces pionniers, à l'analyse de leurs dispositions à s'engager dans la prise en charge du vagabondage, et à l'effet de cet engagement sur le secteur. Comme on l'a vu précédemment, l'une des formulations de la « question médicale » qui se pose dans les années 1980 est celle de l'accès aux soins de personnes de plus en plus souvent exclues du système de droit commun. Au-delà ou en amont de cette question, se développe néanmoins ce que Gardella a étudié, dans le prolongement des analyses de Pascale Pichon (2005) et Emmanuel Soutrenon (2005, 2006), comme un « *savoir sur les individus en danger de dégradation* », savoir qui permet d'expliquer l'état médico-psycho-social des personnes sans-abri (Gardella 2014, chapitre 3). Gardella analyse le rôle décisif de la consultation médicale du CHAPSA de Nanterre dans le développement de la politique d'urgence sociale, caractérisée par sa visée de réactivité, mais il s'intéresse moins ou indirectement à l'influence des médecins de Nanterre au-delà de ce secteur spécifique du système de prise en charge. On peut pourtant penser que cette influence dépasse le seul secteur de l'urgence sociale et qu'elle ouvre la juridiction aux professionnels de santé. C'est ce que suggère Patrick Henry dans l'extrait suivant :

> Et cette consultation-là a ouvert exactement le 6 septembre 1984, vous étiez pas encore né (rires), enfin ça c'est des propos d'ancien combattant, mais ça explique aussi l'historique de votre travail, tout ne nait pas… c'est pas la génération spontanée ce truc-là, y'a toujours quelque chose à l'origine. Et l'origine de la médicalisation des personnes à la rue, c'est ça. C'est cette consultation, ça je suis très fier de ça. Ma grande fierté professionnelle, c'est d'avoir créé ce truc-là. Parce que le reste a suivi à partir de là.
>
> Patrick Henry, fondateur de la consultation médicale du CHAPSA de Nanterre, 66 ans

On ne peut que donner raison à Patrick Henry lorsqu'il dénaturalise les origines de la prise en charge sanitaire des sans-domicile. Reste néanmoins à prouver que cette consultation a eu l'influence qu'il lui attribue sur la « *médicalisation des personnes à la rue* » et à interroger les effets de cette consultation sur la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile, notamment en termes d'influence durable des pratiques, représentations et discours des médecins de Nanterre sur la prise en charge contemporaine. En premier lieu, la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

trajectoire et l'action de Patrick Henry sont analysées. Sa trajectoire le dispose à s'investir dans ce secteur, au sein duquel il joue un véritable rôle de pionnier, en créant la consultation médicale du CHAPSA de Nanterre et en instaurant un ensemble de pratiques très emblématiques du changement des représentations liées au vagabondage au début des années 1990 (I). Sont évoqués ensuite les socialisations et le rôle de ses deux successeurs au sein de cette consultation, Xavier Emmanuelli et Jacques Hassin. Tous deux influencent l'organisation du secteur et renforcent la prise en charge médicale de la question SDF (II).

I. Sociologie d'un pionnier et de son action. Patrick Henry et la création de la consultation médicale du CHAPSA de Nanterre

Partant de l'analyse de la thèse de doctorat de médecine de Patrick Henry, Édouard Gardella montre qu'à l'origine, la création de la consultation médicale de Nanterre est liée à un problème organisationnel de l'hôpital Max Fourestier, au sein duquel la cohabitation entre patients intégrés et clochards devient de plus en plus problématique. L'angle d'analyse proposé ici se démarque néanmoins de cette lecture et vise à la compléter. Au-delà de l'histoire officielle, il existe en effet une *petite histoire* de la consultation, qui éclaire sa genèse. L'entretien réalisé avec lui, puis des éléments recueillis au cours de l'enquête, ont permis de restituer la trajectoire socioprofessionnelle d'Henry et de mettre en lumière les logiques dispositionnelles qui ont mené à son inscription dans le secteur de la médecine sociale. Cette trajectoire, et le récit du travail que Henry réalise à Nanterre, permettent de saisir le changement de paradigme qui intervient dans la prise en charge des personnes sans-domicile au tournant des années 1990 : d'une logique répressive, on passe à une logique assistancielle, qui met officiellement fin au cantonnement du vagabond comme archétypique du mauvais pauvre (Geremek 1987; Damon 2002a). Patrick Henry est un pionnier de l'assistance médicale au clochard : en restituant sa trajectoire individuelle, il est possible d'analyser les évolutions du champ au sein duquel il s'inscrit, dans une démarche proche de celle proposée par Nicolas Fortané à propos du secteur de l'addictologie (Fortané 2015). On évoque d'abord l'arrivée de Patrick Henry à l'hôpital de Nanterre, largement contrainte et initialement peu valorisée, jusqu'à sa découverte du CHAPSA (1). Parce qu'elle est prise dans les mécanismes et les processus qui structurent l'organisation du système de santé français, cette trajectoire met en lumière les fondements structurels de la consultation (2). Avant d'analyser l'influence de celle-ci sur la juridiction, on montre qu'elle contribue effectivement à une médicalisation discrète de la prise en charge au sein du CHAPSA (3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. L'installation de Patrick Henry à l'hôpital de Nanterre

Créée en 1873, la Maison de Nanterre a successivement – et parfois simultanément – servi de dépôt de mendicité, de prison, d'hôpital, de centre d'hébergement d'urgence et d'insertion ou encore de maison de retraite[66]. En 1954, une « *équipe de ramassage des vagabonds* » est créée, qui devient la Brigade d'assistance aux personnes sans-abri (BAPSA) en 1968. Placée sous le contrôle de la Préfecture de Police, son rôle est d'assurer le transfert – la « *déportation* », selon Xavier Emmanuelli – des sans-abri depuis Paris vers Nanterre. Ce transfert s'opère d'abord par la force, avant de devenir une possibilité plus ou moins contrainte, plus ou moins brutale, de se faire héberger durant la nuit. En 1977, la Régie autonome des transports parisiens (RATP) s'associe à la BAPSA afin d'emmener à Nanterre les personnes trouvant refuge dans le métro (Soutrenon 2001). De sorte qu'au début des années 1980, les « *Bleus*[67] » de la BAPSA amènent quotidiennement plusieurs centaines de sans-abri à la Maison de Nanterre. Celle-ci regroupe alors le CHAPSA, centre d'hébergement d'urgence au confort très sommaire, et l'hôpital Max Fourestier. C'est dans cet hôpital que Patrick Henry, alors jeune médecin en formation s'apprête à effectuer son résidanat, en 1979, situation qu'il présente comme largement contrainte :

> Parce que j'ai toujours été dernier ou avant-dernier, j'avais pas le choix de mes affectations, puisqu'on choisissait ses affectations en fonction de ses résultats. Et comme j'arrivais toujours dans les tous derniers, je choisissais pas, je prenais ce qui restait. Et un jour je me suis retrouvé sur la liste, affecté à l'hôpital de Nanterre, bon. J'avais beau être parisien, pour moi Nanterre c'était Tombouctou, je ne savais pas où c'était, je ne connaissais rien, c'était l'horreur. Surtout que géographiquement je ne savais pas où se situait Nanterre par rapport au centre de Paris, vous voyez : c'était à un point dramatique (rires).
>
> Patrick Henry

L'affectation d'Henry à l'hôpital de Nanterre est la seule qui lui est proposée, car elle n'a pas été sollicitée par ses camarades mieux classés. Il présente cette situation comme habituelle et a intériorisé le fait de « *ne pas choisir* », la formation des étudiants en médecine étant très sélective (Baszanger 1981, 1983 ; Hardy-Dubernet 2003). Sa première réaction est néanmoins particulièrement négative – « *c'était l'horreur* » – voire caricaturale : Nanterre, bien que située en banlieue proche de Paris dont il est originaire, est assimilée à la ville malienne de Tombouctou du fait de son relatif éloignement et de l'inconnu qu'elle incarne. Henry en a une

[66] Pour une description plus détaillée, voir notamment Hassin 1996, Declerck 2001 et Benoist 2008.

[67] Surnom lié à la couleur de leur uniforme et au travail policier dont ils étaient chargés. Aujourd'hui encore, ce transfert est opéré par la BAPSA en partenariat avec le Samu social des Hauts-de-Seine et le recueil social de la RATP. Il diffère fortement de ce qu'il était à ses débuts et de ce qu'en a décrit Patrick Declerck (2001). Yann Benoist cite à ce sujet le responsable de la BAPSA en 2008 : « Nous sommes passés d'un ramassage de masse répressif au ramassage sélectif de personnes en danger » (Benoist 2008, p. 36).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

image négative. Nanterre est une ville pauvre dans l'un des plus riches départements français : en 2015, son taux de pauvreté est de 21,2 % contre 12,4 % pour les Hauts-de-Seine, et le revenu médian disponible par unité de consommation est de 19 171 euros à Nanterre contre 26 225 euros dans les Hauts-de-Seine[68]. La ville est par ailleurs connue pour avoir accueilli l'un des plus grands bidonvilles français dans l'après-guerre (Delon 2017). Cette démographie se retrouve à l'hôpital Max Fourestier, qui est « *un hôpital de proximité ; la population qui le fréquente demeure dans les quartiers proches de la structure. Ces quartiers de Nanterre et de Colombes sont, pour la plupart, des quartiers défavorisés. En conséquence, les patients de l'hôpital sont majoritairement issus des classes populaires* » (Benoist 2008, p. 35).

Malgré une certaine propension à s'exprimer, Henry élude largement les questions sur ses origines sociales. Un portrait que lui a consacré le quotidien *Libération* en 2008 apporte quelques éléments, mais celles-ci restent floues. Hubert Prolongeau – par ailleurs auteur d'un ouvrage intitulé *Sans domicile fixe* (1997) – signe le portrait. Il écrit :

> De son enfance, il ne garde que le souvenir d'une morne traversée, d'un milieu « *taiseux et sage* ». Son père, qui se disait ingénieur, avouera à son fils déjà quadragénaire qu'il n'en était rien. Sa mère partira, et restera sans donner de nouvelles pendant dix-sept ans. Failles originelles, qui l'amèneront vers son engagement ? L'explication lui parait trop simple. […] L'étudiant, médiocre, décroche le bac « *grâce à la gym et à l'espagnol* », fait médecine « *sans avoir eu le choix* ». Ses études durent quinze ans, à côté desquelles il travaille pour nourrir ses deux premières femmes, épousées en 1976 et 1985, et les quatre enfants qu'il en a.
>
> « Leur voie sociale » (portrait) par Hubert Prolongeau, *Libération*, 14 juillet 2008

Bien que limités, ces éléments permettent de rattacher Henry aux petites classes moyennes. Au cours de l'entretien, les informations qu'il consent à donner témoignent seulement d'une forme de résignation :

> Quand on fait ses études de médecine, on peut avoir des objectifs précis au départ, un plan de carrière… Moi j'ai jamais su faire ça, c'était pas mon truc et j'avais pas de thunes. Donc ça m'interdisait… le fait de pas avoir de pognon ça m'obligeait à travailler pour pouvoir installer la famille, etc. ça m'a interdit, même de penser [il insiste] simplement à passer l'internat, donc de faire une médecine en passant par ce qu'on appelle la voie royale, avec des spécialités comme cardiologie, chirurgie, etc., les grandes spécialités. De toute façon je savais que par la force des choses et pour des raisons financières, j'étais condamné en quelque sorte à être médecin généraliste, et c'est tout[69].

Henry est conscient de sa position dans l'espace de la formation médicale, marqué par un niveau élevé de concurrence dans les choix et les affectations des étudiants. Bien que la période au cours de laquelle Henry effectue sa formation se caractérise par une relative « élasticité » avant la réforme de 1982 qui accentue nettement la sélection (Hardy-Dubernet 2000, 2009), il a déjà intégré que l'horizon des possibles est bouché – il lui est « *interdit, même de penser* » à l'internat. La « *voie royale* » des « *grandes spécialités* » lui semble entièrement

[68] Source : Insee 2015, comparateur de territoire, voir en ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-92+COM-92050, consulté le 16 décembre 2018.

[69] Cet extrait d'entretien et ceux qui suivent seront, sauf mention contraire, des propos de Patrick Henry.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

inaccessible, et la médecine générale apparait alors comme une orientation « *par défaut* » (Baszanger, Bungener, et Paillet 2002), produit de la « *force des choses* » – il y est « *condamné* ». Une telle orientation est représentative de l'incertitude caractéristique de ce groupe professionnel (Bloy 2010) et de son recrutement, marqué par une surreprésentation des classes moyennes inférieures et des classes populaires stables par rapport à d'autres spécialités médicales (Jaisson 2002a). Une triple homologie de position se fait jour entre la ville de Nanterre dans l'espace socioéconomique francilien, l'hôpital Max Fourestier dans le champ hospitalier, et Patrick Henry dans le champ de la formation médicale.

Si elle est présentée comme une fatalité, cette orientation fait néanmoins l'objet d'un travail de redéfinition. Henry renverse le stigmate associé à sa pratique au sein d'un hôpital « *secondaire* » (Hardy-Dubernet 2003) en montrant que l'établissement qu'il n'a pas choisi constitue une surprise heureuse, qui va finalement se révéler particulièrement pertinente et payante pour sa trajectoire professionnelle. Le renversement passe par la valorisation du lieu lui-même :

> J'y suis allé et puis là j'ai rencontré un établissement très, très étrange. Donc déjà, petit intérêt. Je suis arrivé dans cet établissement un peu étrange qui ressemblait un peu à un monastère, un truc un peu étrange, vous y êtes allé ? **– Oui.** Avec ses grandes galeries… à l'époque les galeries n'étaient pas fermées par des vitres, c'était juste une petite rambarde qui empêchait de passer dans le jardin, c'était à plein vent. En hiver s'il faisait moins 15, on faisait des gardes à moins 15, fallait bien se couvrir (rires). C'était un établissement très bizarre, avec des gens qui se baladaient, on ne savait pas bien qui c'était, des gens habillés en marron, d'autres habillés en blanc, d'autres en bleu marine, c'était très étrange, étrange c'est vraiment le mot que je cherche ; et donc ça m'a plu.

L'« *étrangeté* » du lieu – terme répété à cinq reprises dans ce court passage – suscite l'intérêt d'Henry. Mais s'il décrit une ambiance qui lui « *a plu* », l'étrangeté est ici synonyme d'absence de confort et de mauvaises conditions de travail. La conversion s'opère plus nettement lorsqu'il découvre le CHAPSA, presque par hasard et plusieurs années après ses débuts à Nanterre :

> Là je suis tombé sur un endroit absolument… mais stupéfiant quoi, stupéfiant. À proprement parler. C'était marrant d'ailleurs parce qu'on est rentrés par une porte, gigantesque, une très, très grande porte. On ouvre la porte, enfin la porte qui est dans la porte, je sais pas si vous voyez le système… et alors là on rentre dans un truc qui est une ancienne prison, qui avait conservé cet aspect, avec des coursives… c'était vraiment très, très étrange, avec les mecs qui circulaient librement là-dedans bien sûr, avec ce que je vous disais tout à l'heure, certains habillés en marron, certains en blanc, etc. ; et c'est marrant parce qu'il y avait des verrières en haut, vous savez, comme dans les prisons à la française… Les prisons à la française ce sont des bâtiments en croix : ils avaient pas adopté la panoptique à l'anglaise. Donc une lumière qui filtrait par la verrière, en plus il faisait beau donc c'était une lumière qui éclairait beaucoup, mais c'était assez jaune, enfin c'était vraiment une ambiance complètement surréaliste ! Et là moi j'étais, je suis tombé tout de suite amoureux de cette ambiance, c'est vraiment trop fort, c'est trop bien quoi (rires).

L'étrangeté est cette fois, de manière explicite, connotée positivement. Elle n'est plus associée à la vétusté des locaux et à ses galeries à « *plein vent* », mais à une lumière jaune et

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

chaude, inscrite dans une description onirique du lieu. L'étrangeté stigmatisée et stigmatisante du contexte de travail est convertie en étrangeté fantastique et attirante (Goffman 1963), à l'origine d'un plaisir cette fois ouvertement exprimé. Si l'on peut penser que cette redéfinition fait l'objet d'un travail de reconstruction *a posteriori*, d'autres éléments soulignent les prédispositions d'Henry et son attrait pour la déviance :

> Et très vite, j'ai trouvé qu'en salle de garde il y avait une cave avec une sonorité parfaite, donc le groupe de jazz dans lequel je jouais s'est installé dans le sous-sol de la salle de garde. Et pendant des années on a répété là une fois par semaine, c'était super. Donc c'est un établissement très complet finalement et qui m'a bien plu.
>
> […]
>
> J'ai fait ma spécialité d'alcoologie, aujourd'hui on appellerait ça addictologie. À l'époque on appelait ça alcoologie mais ça comprenait aussi la toxicomanie, les dépenses, les jeux, etc. tout ce qui est addictif. Ça s'est imposé compte tenu de ma clientèle, ou j'avais 80 % des gens qui buvaient d'une façon chronique, donc alcoolisme. […] Mais à l'époque y'avait un certain nombre de spécialités, où on n'avait pas besoin d'être interne pour les faire. J'ai fait de la médecine légale aussi. J'ai fait de la criminologie. Ce genre de trucs un peu glauques, j'ai même fait de la criminalistique, ce qui n'a aucun intérêt. C'est les giclures de sang sur les murs, les traces de sperme, ce genre de choses. C'est un peu « *les Experts*[70] », mais j'ai fait ça bien avant le feuilleton. C'est-à-dire que quelqu'un se fait assassiner, en fonction des traces et de la forme des giclures, de sang sur le mur, on peut savoir à quel endroit de la pièce il a été tué, comment… J'ai fait des trucs un peu étranges et j'ai toujours été un peu attiré par cette étrangeté qu'on peut trouver dans ce métier de médecin. On m'aurait proposé à la même époque d'aller soigner les prostituées au bois de Boulogne, homme, femme, transgenre, je l'aurais fait avec plaisir, parce que c'est très étrange, et en même temps, c'est nécessaire vous voyez ? Un peu l'alliance des deux, je me sens bien dans ces ambiances un peu étranges, un peu bizarres.

Divers éléments sont ici mis en avant par Henry afin d'expliquer son épanouissement professionnel au sein du CHAPSA. Il se décrit d'abord comme membre d'un groupe de jazz. Si le jazz est devenu un signe culturel distinctif approprié par les classes moyennes et supérieures[71] (Roueff 2003 ; Lizé et Roueff 2010), il est initialement frappé du sceau de la déviance, lorsque les musiciens qui le jouaient devaient faire de la musique *mainstream* pour embrasser une carrière à succès et renoncer à l'estime de leurs pairs, ou adhérer aux normes artistiques de leur groupe de référence, déviantes par rapport aux opportunités de carrière dictées par l'industrie musicale et le grand public (Becker 1963). La possibilité d'en jouer au sein de l'hôpital, dans la cave de la salle de garde, contribue ainsi à ce qu'Henry s'y sente bien.

[70] *Les Experts* sont une série télévisée créée en 2000 aux États-Unis sous le titre *CSI : Crime Scene Investigation*, et diffusée pour la première fois en 2001 en France. Elle met en scène le travail d'enquêteurs dont les analyses des scènes de crime permettent de reconstituer le plus précisément possible leur contexte et leur déroulement, qui participent *in fine* de l'identification du ou des coupable(s).

[71] Les principaux travaux consacrés au jazz en France soulignent que ses musiciens, ses producteurs, ses publics, ses intermédiaires et l'ensemble de ses acteurs forment un champ au sein duquel des distinctions marquées s'observent, de sorte qu'il conviendrait d'affiner cette affirmation. Il est néanmoins possible d'avancer qu'a eu lieu, à partir des années 1970 et plus encore dans les années 1980, « *un processus de légitimation qui a partie liée avec l'élitisation du public* » (Lizé 2010, p. 62).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le deuxième extrait explicite son appréciation de l'établissement de Nanterre par une mise en adéquation de son attrait pour les comportements étiquetés déviants et leur prise en charge, et de sa trajectoire socioprofessionnelle – « *j'ai toujours été attiré par cette étrangeté qu'on peut trouver dans ce métier de médecin* » ; « *je me sens bien dans ces ambiances un peu étranges, un peu bizarres* ». L'alcoologie, la criminologie et la criminalistique sont des spécialités médicales fondées secondairement sur la clinique et sur l'hybridation de savoirs empruntant à divers champs de connaissance (Pinell 2005). Dans les années 1980, l'alcoologie fait l'objet d'une légitimation indirecte quand l'alcool est comparé avec ou rapproché d'autres produits psychotropes qui ont des effets similaires sur la santé somatique et mentale de leurs usagers (Fortané 2010, 2014). Quant à la criminologie et la criminalistique, ce sont des disciplines hybrides, identifiées, entre autres, comme des expertises visant à éclairer une décision dans le champ judiciaire (Juston 2016, 2017a). En choisissant ces spécialités, Henry fait donc valoir la cohérence de sa trajectoire : à l'étrangeté du lieu où il pratique font écho ses dispositions socioprofessionnelles, enclines à l'étude des déviances, et plus ou moins déviantes elles-mêmes. Son orientation précoce vers la médecine sociale explique les conditions de création de la consultation médicale du CHAPSA.

2. La *petite histoire* de la création de la consultation

Revenons-en à celle-ci. La thèse de médecine soutenue par Henry en 1985 présente un bilan clinique des six premiers mois d'existence de la consultation et justifie sa création par la mise en évidence d'un problème de cohabitation, au sein des urgences, entre usagers insérés et clochards (Gardella 2014a). Néanmoins, la consultation médicale ne répond pas à une commande de l'hôpital visant à trier ses patients. Bien que née d'une initiative personnelle, elle s'inscrit dans une conjoncture d'évènements qui, d'un point de vue institutionnel, amorcent la médicalisation de la prise en charge des sans-domicile et d'un point de vue individuel, sont à l'origine d'une bifurcation dans la trajectoire professionnelle de Henry.

Au début des années 1980, la question SDF commence seulement à être posée dans l'espace public. Henry témoigne de cette absence telle qu'il la ressent à Nanterre :

> Et puis… et puis à l'époque on parlait pas des clochards dans cette boite, on n'en parlait pas vraiment. Y'avait une sorte de non-dit global assez, *a posteriori* assez étonnant… enfin à l'époque je le ressentais pas, forcément.

Cet extrait suggère qu'au moment où Henry arrive à l'hôpital de Nanterre (1979), les clochards ne sont pas encore un problème public. Lui et d'autres au sein du CHAPSA, mais aussi les acteurs associatifs et humanitaires évoqués précédemment contribuent justement à publiciser ce problème. Il faut donc étudier comment et pourquoi Henry participe à ce

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

processus. On l'a dit, il n'a pas connaissance du CHAPSA en arrivant à Nanterre. En 1982, la découverte du dispositif et des personnes qu'il accueille est presque fortuite :

> Un jour j'étais de garde, le soir tard. Y'a un mec qui est arrivé. On m'amène un type… donc, manifestement, un clodo, avec un plâtre de bras, qui part du poignet et remonte presque à l'épaule. Et le gars dit « *ça me gratte un peu, ça me gratte* », donc je regarde, et effectivement c'était rouge, bien usé, enfin c'était pas beau quoi. Donc j'appelle mon collègue chirurgien, je lui montre et je lui dis « *regarde ce plâtre, ça va pas bien, qu'est-ce que t'en penses ?* », et lui « *oui, on va le retirer, on le refera éventuellement* ». Parce qu'il savait pas très bien nous dire depuis combien de temps il l'avait : il croyait que c'était trois semaines mais il était pas sûr. Bon. Donc on va pour retirer le plâtre. Et là… on tombe sur un bras, où du poignet jusqu'à la moitié du bras, c'était une sorte de masse purulente, verdâtre, putréfiée, on va dire une putréfaction, qui prenait l'ensemble du bras. Il restait plus qu'un petit réseau vasculaire qui alimentait la main, un petit réseau nerveux qui permettait que le mec ait encore un peu de sensibilité, et le réseau vasculaire pour irriguer la main, mais le reste était vraiment putréfié quoi, une horreur. À tel point qu'il a fallu l'amputer. Alors moi j'étais pas sur l'amputation après, c'était les chirurgiens qui s'en occupaient. Mais ça m'a vraiment interpelé ce truc-là… je me suis dit, mais comment un mec peut supporter ce truc-là, c'est pas…
>
> **Parce que… c'était pas possible ?**
>
> Ah bah pour moi c'était complètement surréaliste quoi ! Le mec était encore vivant ! Il avait son plâtre, son bras pourri, carrément je veux dire ! Enfin bon, ça m'a pas mal interrogé quoi, et puis je me suis dit, mais d'où il vient ce mec, comment il est arrivé, etc. ? Alors je me renseigne un peu, et j'apprends… et pourtant ça faisait déjà deux, trois ans que j'étais là à peu près à Nanterre, et j'apprends qu'il y avait un endroit dans l'établissement à Nanterre, où on amenait tous les jours des clochards par bus entiers, où ils étaient hébergés, accueillis par des flics, amenés par des flics… dans un coin de l'établissement comme ça. Je demande à mes collègues qui étaient là depuis longtemps, qui me disaient « *ah je connaissais pas* » ou « *j'ai entendu parler mais je connais pas* ». Bon. Alors à force de chercher, à force de demander, à force de fouiller un peu, y'a quelqu'un qui un jour m'a amené dans cet endroit.

La découverte par Henry d'une situation « *complètement surréaliste* », à savoir un bras en état de putréfaction, qui ne semble occasionner qu'une démangeaison à son propriétaire, suscite son intérêt et le pousse à en savoir plus. Cette rencontre est donc décisive. Surtout, il est intéressant d'observer que l'intérêt d'Henry est d'ordre clinique plutôt que social, une dimension sur laquelle on reviendra. Mais si cette rencontre est inopinée, elle ne relève pas pour autant d'un hasard total, puisque l'hôpital où il travaille est juxtaposé à un centre d'hébergement pour sans-abri. De fait, lui-même s'étonne que cette rencontre n'intervienne que plusieurs années après son arrivée à Nanterre – « *et pourtant ça faisait déjà deux, trois ans que j'étais là* ». Les témoignages de ses collègues disant ne pas connaitre le CHAPSA suggèrent un cloisonnement net entre les dispositifs sanitaires et sociaux à cette époque. C'est donc à la suite de cette rencontre que Henry investit le CHAPSA. Il rencontre les « *flics de la BAPSA* » qu'il trouve « *très sympas* » et avec qui il entretient des relations « *amicales* ». Son intérêt se renforce :

> Donc ça commençait à m'intéresser. Et puis j'ai vu que les types qui descendaient étaient vraiment pas bien quoi, vraiment malades, enfin ça se voyait ! Pas besoin de les faire se déshabiller quoi, ça se voyait, on voyait qu'ils étaient vraiment, vraiment pas bien. Donc l'idée a commencé à germer comme ça.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le mauvais état de santé des sans-abri amenés par la BAPSA est présenté comme une évidence flagrante, en amont de l'examen clinique, qui le pousse à agir. À partir de ce moment, c'est-à-dire dès 1982, Henry commence à soigner les usagers du CHAPSA de façon « *clandestine* » : « *je faisais ça en douce, je trichais quoi* ». C'est un second évènement, une nouvelle fois apparemment inopiné, qui déclenche l'évolution du statut de la consultation :

> Et puis à un moment je me suis fait piquer mon poste de faisant fonction d'interne que j'avais là-bas, par le fils d'un patron (rires). Ça, c'est le milieu médical : j'avais ce poste d'interne, il était pas du tout question que je le quitte, tout allait bien, tout allait bien. Et puis un jour je pars en vacances, et puis je reviens de mes vacances, je me pointe en service avec ma blouse et là « *ah bah non, tu peux retirer ta blouse, c'est plus toi l'interne ici, c'est le fils du patron* ». Là, je l'ai eu bien dans le dos.

Henry présente lui-même la situation comme typique de son milieu professionnel – « *ça, c'est le milieu médical* » – renvoyant implicitement au système hiérarchique fondé sur l'autorité mandarinale, celle des « *patrons* », par ailleurs bien documentée (Chauvenet 1972, 1973 ; Baszanger 1983). En tant que « *faisant fonction d'interne* », Henry occupe une position particulièrement fragile dans la division du travail hospitalier. Cet évènement accélère et rend possible l'institutionnalisation de la consultation :

> Et donc il fallait que je trouve autre chose. Alors l'idée m'est revenue de dire « *pourquoi pas faire une consultation pour ces mecs-là ?* ». Parce que j'en avais déjà un peu parlé avant, je m'étais fait envoyer balader par mes collègues internes, qui m'avaient dit « *non mais attends, ça va nous donner du boulot en plus…* ». Bon. Ça avait pas reçu d'écho du tout. Et puis là, je me dis perdu pour perdu, j'ai plus de boulot, je vais le proposer. Après tout si ça marche pas… moi ça me plaisait et puis j'avais envie de le faire, donc pourquoi pas. Et j'ai proposé ça par l'intermédiaire de mon chef de service qui était un mec très bien, à mon directeur d'établissement, qui lui, a hésité pendant environ un dixième de seconde avant de me dire oui, parce que lui ça l'arrangeait de multiples points de vue. Et c'est là que j'ai compris qu'il fallait toujours prendre les gens par les sentiments. Parce que lui ça l'arrangeait vachement de se débarrasser des clodos qui pouvaient fréquenter les salles d'attente des consultations externes, parce qu'ils sentent mauvais, parce qu'ils prennent de la place, parce qu'ils crient, parce qu'ils étaient bourrés, etc. etc. Donc il était ravi. Et donc il me dit : « *Pas de problème, on va monter ce truc-là* ». Et c'est comme ça que c'est parti, en l'intégrant au CHAPSA.

La perte de poste constitue l'élément déclencheur de la création officielle de la consultation. Elle en est même l'une des conditions de possibilité, puisque les précédentes tentatives d'Henry, fondées sur le bon vouloir de ses collègues, avaient échoué. Si l'histoire officielle de l'institution de la consultation se cristallise autour de l'idée d'un tri des populations des urgences au moment où les pauvres sont de plus en plus exclus du système de soin, l'histoire officieuse de son existence informelle renvoie à la socialisation professionnelle de Patrick Henry, ainsi qu'aux rapports de force qui structurent le champ médical.

La consultation voit officiellement le jour en septembre 1984. Durant les deux années qui précèdent sa création officielle, Henry soigne de façon officieuse et ponctuelle les sans-abri du CHAPSA. Dans l'entretien, peu d'éléments ont été recueillis sur cette période, Henry étant davantage disposé à évoquer l'existence officielle de la consultation, présentée à plusieurs

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

reprises au cours de l'entretien comme sa « *fierté personnelle* » et sa « *réussite* ». On peut penser que ces deux années de consultation informelle le prédisposent au soin de la population sans-abri et l'inscrivent dans un processus de socialisation par anticipation : sans doute entrevoit-il certaines des spécificités et des difficultés du soin des pauvres, tout en nourrissant un intérêt plus large pour la question, comme en témoigne la rédaction de sa thèse. Sa spécialisation en alcoologie nourrit sa socialisation, puisqu'il explique qu'elle « *s'est imposée du fait de [sa] clientèle* ». Une nouvelle homologie s'observe, entre la position des sans-abri dans l'espace social et la position de Henry dans le champ médical. Il se situe désormais aux limites de celui-ci et doit mettre en œuvre un travail de légitimation des pratiques médicales dans un secteur qui en est jusqu'alors largement dépourvu.

3. Une médicalisation sans en avoir l'air

Lorsqu'elle est finalement instituée, la consultation n'est pas un passage obligatoire de l'admission au CHAPSA – elle le sera à certains moments de son histoire, lorsque des recherches épidémiologiques et cliniques y seront menées. La consultation se structure petit à petit. Henry commence à y travailler seul avant d'être progressivement assisté par des professionnels paramédicaux :

> Finalement ça a bien accroché. Moi je me suis assez vite bien entendu avec ma clientèle. Et puis après… vous savez c'est le tam-tam de la rue : moi les mecs, si je leur avais pas plu, le lendemain j'avais personne ! Et il se trouve que ça s'est bien passé. Et très vite… je crois que les premiers jours j'ai eu 5 ou 6 personnes qui sont venues me voir, et puis très vite c'est passé à 40, 50, 60 personnes à la journée… le record s'est fixé à 67 personnes à la journée. **Tout seul ?** Et j'étais seul, oui oui, d'abord j'étais seul. Puis avec une, puis deux infirmières, puis une secrétaire médicale, et au début zéro agent hospitalier, et au bout de deux ou trois ans, 2 agents hospitaliers, pour faire le ménage, pour aider les gens à se laver, etc.

Peu à peu, le dispositif prend de l'ampleur. Les chiffres rapportés dans la thèse d'Henry en attestent : il soigne 561 patients différents pour un total de 1 038 visites entre le 4 septembre 1984 et le 4 février 1985 (cité in Gardella 2014a). Pourtant, le contexte de soin reste sommaire et mis en œuvre dans un cabinet médical « *très exigu* » :

> Enfin bon, c'est peut-être d'ailleurs ce qui a fait son succès, parce qu'il y avait un aspect très… y'avait pas cet aspect trop grand, trop vaste, trop rigide. Là on était un peu les uns au-dessus des autres : la secrétaire médicale était face à moi, sur un autre bureau mais face à moi, elle assistait à toutes les consultations, ce qui habituellement se fait pas, mais là on n'avait pas la place de faire autrement. Les chiottes étaient dans la salle des soins, enfin voyez, c'était un peu le bordel. Mais c'est aussi ce bordel qui convenait bien, parce qu'on n'obligeait pas à une norme. On n'obligeait pas à un comportement trop discipliné, etc. etc.

Peu normé, peu « *disciplinaire* », le cadre de soins de la consultation se veut peu contraignant pour les usagers qu'elle se destine à accueillir, rappelant une médecine pratiquée

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

« *autrement* » par des médecins en milieu ouvrier (Marichalar et Pitti 2013). Ici néanmoins, l'organisation spatiale de la consultation est contrainte et ne correspond pas à une « *critique en actes du pouvoir médical* » (Mariette et Pitti 2016, p. 62). Dans la description qu'il donne du déroulement des consultations, Henry laisse plutôt entendre qu'il joue du prestige associé à son statut dans ses rapports avec ses patients :

> La seule chose qui était obligatoire au début, pour eux, qui était très indirectement médical, c'était de se faire tondre. Pour les poux. Alors en même temps c'est vrai qu'avant que j'arrive au CHAPSA, on l'appelait… le nom de ce truc-là, c'était l'OPP. On parlait beaucoup de l'OPP. Alors c'était l'Opération Préfecture de Police, traduite en Opération Puce-Poux[72] ! […] Et alors quand je suis arrivé moi… parce que *c'est un vrai problème médical, ou en tout cas c'était un vrai problème médical*. J'ai vu un jeune qui devait avoir 25 ans à l'époque, qui a failli mourir à cause des poux parce que le cuir chevelu s'est infecté, c'est redescendu un peu plus bas, et il a fait une thrombophlébite des sinus caverneux, c'est-à-dire qu'il est passé pas loin de claquer. C'était réa, antibiothérapie fortes doses…
>
> **C'était pas juste de l'hygiène…**
>
> Ah non, oula, *c'était une mesure médicale*. Et justement, *j'ai renforcé l'aspect médical* de cette mesure, en disant aux types, maintenant c'est moi qui vais vous tondre. Donc c'était plus des gens de la préfecture de police ou des employés qui le faisaient, c'était le toubib. Et à partir du moment où c'est le toubib qui prend la tondeuse, *ça devient un geste médical et ça passe très bien*. Et puis alors on s'amusait, parce que je leur dessinais des trucs à la con sur la tête, enfin on se marrait quoi. On en profitait pour se détendre un peu. Et comme vous voyez, j'ai jamais eu de cheveux très longs, je pouvais leur dire : « *tu vois, regarde-moi* » (rires).

Cet extrait éclaire l'insertion d'Henry dans la division du travail de prise en charge au CHAPSA et met en lumière l'ambigüité de ses pratiques. La tonte, d'une mesure hygiénique associée à la disciplinarisation des corps et aux rituels militaires, devient un « *geste médical* » lorsque c'est le « *toubib* » qui la réalise : c'est une médicalisation en acte. Le flou qui entoure l'évolution des pratiques traduit bien le processus par lequel la prise en charge des sans-abri passe d'un paradigme répressif à un paradigme assistanciel et plus spécifiquement médical (Conrad et Schneider 1992). Comme le souligne Henry, la tonte instaure aussi un premier contact et amorce la relation entre le médecin et ceux qu'il appelle ses « *clients* ». Elle est très représentative de la porosité des frontières entre *cure* – soigner – et *care* – prendre soin – que l'on retrouve dans la prise en charge contemporaine et sur laquelle on revient dans cette thèse.

Qu'il soit le créateur de la consultation n'accorde pas à Henry une légitimité innée auprès des personnes qu'il y côtoie au quotidien, patients et collègues de travail. Il doit déployer un travail de légitimation original, dont témoignent les extraits suivants :

> Un jour un mec arrive… Je sais plus ce qu'il a dit aux surveillants, enfin bon il a dû les insulter au passage. Toujours est-il qu'ils lui sautent dessus à cinq, enfin c'était un bordel incroyable, le gars a pris des coups partout et ils arrivaient pas à le maitriser. Enfin c'était vraiment l'horreur quoi. Alors une fois que ça a été terminé, je suis allé les voir et ça a failli mal tourner, mais je leur ai dit « *attendez, la prochaine fois que ça se produit appelez-moi, et puis vous verrez comment on peut faire. Si vous*

[72] Cette anecdote est également racontée dans la bande dessinée qu'Aude Massot consacre au 115 et dans laquelle elle relate son entretien avec Xavier Emmanuelli, voir annexe 2.1.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> *arrivez pas à le maitriser à cinq, franchement c'est nul : un mec tout seul vous êtes cinq, vous arrivez pas à le maitriser. La prochaine fois, appelez-moi* ». Bon, quelques jours se passent, et puis à un moment un surveillant vient me voir « *tiens docteur, vous qui êtes si malin, vous pouvez venir ?* ». Donc je vais dans la salle où les mecs sont accueillis, et puis effectivement y'en avait un qui était vachement agité. Et puis ils étaient tous là à dire « *tiens, bah allez-y, haha ! Vous qui savez bien faire* », enfin le truc de mise au défi quoi. Bah pas de problème, j'y suis allé [il siffle], j'ai fait l'étranglement à la mode Sainte-Anne, en parlant doucement au mec, en disant « *bon, il faut vous calmer, calmez-vous, calmez-vous, si vous bougez, je serre, si vous ne bougez pas, je desserre, d'accord ?* », tout ça tout doucement à l'oreille. Et ça a parfaitement bien marché, en l'espace de 15 secondes le mec était tranquille, calme, tout s'est bien passé (rires). Voilà, et là j'ai gagné le respect.
>
> […]
>
> Il fallait le gagner avec les clients aussi, le respect. […] Un jour y'a un mec qui se pointe, le pauvre est mort du sida, 8 ou 10 ans après… je l'ai vu, ah ! C'était dramatique quoi… mais la première fois que je l'ai rencontré, le mec c'était une carrure, mais une bête quoi ! Vraiment, pfiou ! Et puis il se pointe, et puis il commence, pas à me menacer mais presque, à me mettre au défi. Et je savais qu'il y avait toute sa bande derrière, et je me dis que si je perds la face, là c'est fini j'aurai pas de clients. Ils vont tous se casser si je perds la face, il faut pas perdre la face, ça c'est important. Ça a l'air con hein comme raisonnement, c'est du raisonnement de cour d'école, mais là y'avait pas le choix. Il me dit « *ouai [il marmonne et fait des grands gestes pour imiter son interlocuteur]* », « *oh ça va, fais pas le malin, je suis sûr qu'au bras de fer ça tient pas le coup* ». En moi-même, là je me dis *putain*… (rires). Et le mec était vraiment costaud, et puis on a commencé à faire un bras de fer. J'ai dit, putain là faut pas que je le lâche, et j'ai failli me démonter l'épaule, mais je l'ai niqué (rires) ! Il est sorti de là, il était bien plus costaud que moi, il est sorti de là, il a dit aux autres « *oh putain le toubib, oh la vache le toubib il est bon !* ». Et du coup, pas de problème, ils sont tous venus après.
>
> […]
>
> J'engueulais tout le temps mes clients, mais c'était du cinoche, je faisais semblant de m'énerver, je tapais du poing sur la table, je faisais la grosse voix, enfin bon. Et ça marchait, parce que prestige de l'uniforme. Je portais jamais de blouse, mais enfin, c'était un uniforme… alors je les engueulais tout le temps pour qu'ils prennent leurs traitements, pour qu'ils arrêtent leurs conneries.

Ces extraits suggèrent que ce ne sont pas les compétences médicales d'Henry qui lui confèrent sa légitimité, ni auprès des « *surveillants* » ni auprès des « *clients* » : il dit d'ailleurs ne pas porter de blouse, mais fait référence à un « *uniforme* » qui désigne par métonymie sa position de soignant. Si la finalité de la consultation est de soigner, la légitimité d'Henry passe pourtant principalement par sa capacité à s'imposer physiquement, comme en témoignent les signes de force et d'autorité auxquels il fait référence : « *ne pas perdre la face* », taper du « *poing sur la table* », le prestige de « *l'uniforme* », la « *grosse voix* ». Sa « *technique d'étranglement* » a par ailleurs été apprise lors d'un stage en psychiatrie de trois mois à l'hôpital Sainte-Anne, témoignant de l'inscription précoce et de la circulation d'Henry au sein du champ de la médecine sociale, ainsi que de l'acquisition de dispositions hybrides, entre techniques disciplinaires et compétences thérapeutiques.

Henry entretient son autorité en adoptant des comportements paternalistes, voire autoritaires, par exemple en « *engueulant ses clients* », reproduisant de façon caricaturale l'asymétrie des relations patients-médecins, ici redoublée par une distance sociale particulièrement forte (Boltanski 1971 ; Coulomb 2016). L'autorité d'Henry dépend de sa capacité à maitriser l'interaction en contexte violent (Collins et Truc 2010) et fait écho au travail

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de Philippe Bourgois (1999) sur le trafic et les usages de crack dans le quartier de East Harlem à New York : comme les dealers observés par Bourgois, Henry doit se faire sa place en jouant des coudes. Si son statut social est très différent de celui de Pedro, Cesar ou Ray, tout comme les contextes d'*El Barrio* et du CHAPSA, on peut observer un processus similaire avec l'adoption de codes valorisés dans des environnements qui ont en commun d'être relativement violents, liés à la rue et au sous-prolétariat, et au sein desquels les marques de virilité sont omniprésentes. À propos de l'épisode du bras de fer, Henry précise ainsi :

> Et c'est pour ça que quand on dit que c'est pas un métier pour les femmes… ou pas, hein, moi je veux bien, mais ce genre de façon de gagner le respect, une femme n'aurait pas pu le faire. Alors bon, il y aurait peut-être d'autres moyens, je sais pas, mais enfin… sur ce coup précis, ça aurait pas été possible. C'est pas du machisme hein, enfin voilà.

Le recours à la force physique et à la violence apparait ici fortement genré. Plus généralement, le CHAPSA de Nanterre et sa consultation forment dans les années 1980 un univers essentiellement masculin. Quelques femmes y sont néanmoins présentes. Des professionnelles du secteur paramédical notamment, qui assistent le médecin selon une division genrée du travail très emblématique du champ médical, au sein duquel les activités relationnelles et de soins corporels sont déléguées aux infirmières et aides-soignantes (Arborio 1995 ; Lépinard 2000 ; Drulhe 2000). Dans une description qui témoigne de sa socialisation catholique, Xavier Emmanuelli loue le travail de ces infirmières lavant les pieds très rarement déchaussés des usagers du CHAPSA[73]. Concernant les usagères, il explique qu'il y a « *très peu de femmes* » au CHAPSA à l'époque. Les travaux sociologiques sur les femmes sans-domicile soulignent surtout leur invisibilisation au sein des services d'aide (Marpsat et Firdion 1998 ; Amistani 2001), invisibilisation que tend à reproduire ici Henry. En effet, dans son mémoire de DEA, Hassin souligne que les femmes représentent environ 10 % des usager-e-s du CHAPSA, mais 18 % des patient-e-s de la consultation (Hassin 1992). Le recours à la consultation peut traduire un rapport au corps marqué par un souci plus important de préserver son intégrité, dans un contexte de surexposition des femmes sans-domicile aux violences psychiques, physiques, et sexuelles (Lanzarini 2003 ; Loison-Leruste et Perrier 2019). Henry ne cache pas modifier son comportement avec ses patientes :

> Y'avait pas une nana de moins de trente ans qui rentrait dans mon bureau sans tomber immédiatement folle amoureuse de moi quoi. Normal ! Dommage que ça ait pas été la même chose à l'extérieur… Mais c'était systématique pratiquement : « le docteur ». Alors je mettais pas de blouse, mais enfin, j'en avais de temps en temps quand même. Ma blouse, le bureau, ma bagnole était garée à 10 mètres, on la voyait de la fenêtre… c'était *Pretty Woman*, enfin vous voyez… mais inévitablement, y'en a que j'ai récupérées sur mes genoux, avec le directeur au téléphone… mais c'est impossible… c'est des trucs… « *je t'aime, Patrick, je t'aime* ». Des trucs, grandes

[73] « *J'ai engagé des filles formidables qui étaient d'un dévouement, vous pouvez pas savoir. […] Le lavement de pieds… j'ai retrouvé des scènes bibliques avec ces filles. Elles étaient aux pieds dans les pédiluves, toutes charmantes, sortant de chez le coiffeur, sentant bon, au milieu de ces gueux qui puaient l'enfer* », voir aussi Emmanuelli 1994.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> déclarations… parfois aussi, physiquement, clairement c'était du harcèlement, clair, clair, clair. Et là faut savoir gérer, c'est pas évident. Alors y'a plusieurs solutions. Les psychiatres ont leur façon de faire, les analystes, je sais pas comment ils se démerdent. Moi j'avais trouvé une technique qui était la mienne, parce que je suis pas analyste, parce que je suis pas psychiatre, et quand je dis ça, les psychanalystes et les psychiatres m'insultent quasiment, mais moi je suis pas là pour analyser le transfert : c'est le travail de l'analyste, ou du psychiatre éventuellement, mais moi j'ai décidé d'utiliser le transfert, je m'en sers. C'est-à-dire que, la nana me dit je t'aime, moi je lui dis pas je t'aime, parce qu'il faut pas déconner, mais je lui dis pas le contraire non plus. J'ai laissé s'installer une relation qu'elle voit elle comme une relation amoureuse, je laisse bien s'installer tout ça. Jusqu'au moment où je décide de l'orienter vers une association X, ou Y, ou à l'hôpital, un truc dont je pense qu'elle a vraiment besoin et où ça va vraiment lui faire gravir une étape supplémentaire vers le haut, et je lui dis « *j'aimerais bien que t'ailles voir X ou Y* », « *oh non ça me fait chier* », « *allez, fais-le pour moi* ». Eh, quand vous aimez quelqu'un, quand vous êtes amoureux de quelqu'un et qu'on vous dit fais-le pour moi, vous le faites ? Bon, bah elles le faisaient. Sauf qu'arrivées chez l'autre médecin, eh bah elles transféraient sur l'autre, et moi j'étais débarrassé. Et en même temps la nana elle avait gravi un échelon supplémentaire. Vous voyez, c'est de la débrouille, c'est typiquement de la débrouille. Parce que ça, c'est… c'est interdit je veux dire ! Déontologiquement, ça se fait pas, c'est pas correct. Mais bon, ça marche ! Ça marche, et ça fait de mal à personne. Sauf peut-être un petit peu à moi, en l'occurrence, parce qu'à chaque fois ça remet une petite couche qu'on prend… comme recevoir un mec qui a les doigts de pied qui partent avec la chaussette[74] !

Avec les usagères de la consultation, Henry abandonne son autorité fondée sur la force physique. Il instaure une autre relation de domination, fondée cette fois sur un rapport social de genre et de sexe – « *y'avait pas une nana de moins de trente ans qui rentrait dans mon bureau sans tomber amoureuse de moi* ». Henry est parfaitement conscient de cette domination. Il liste les attributs matériels – la voiture, le bureau – ou symboliques – la blouse – liés à son statut, qui expliquent selon lui comme une évidence l'attirance des femmes sans-abri. Or, plutôt que d'en limiter les effets, il en joue – « *moi je suis pas là pour analyser le transfert […], je m'en sers* ». Revendiquant ne pas être psychiatre, ni psychanalyste, professions ayant règlementé les usages professionnels du « *transfert*[75] », Henry explique l'utiliser : tout en sachant que cela est déontologiquement condamnable, il se justifie au nom d'un bien supérieur, celui d'améliorer la situation de la personne. Il va jusqu'à suggérer qu'il souffre davantage de cette situation que ses patientes, opérant l'inversement des rôles et le renversement des stigmates associés à la victime et au bourreau.

Henry se réfère aussi à la « *débrouille* » pour expliquer cette conduite. Au-delà d'une démarche de justification, cette idée mérite d'être prise au sérieux. En effet, au moment où la consultation voit le jour, un flou entoure les pratiques du secteur :

---

[74] Au cours de l'entretien avec Henry, j'ai adopté une posture compréhensive visant à nouer confiance avec lui et ai été amené à acquiescer à ces dires. Il y aurait beaucoup à écrire sur le sexisme dont fait preuve Henry et sur sa manipulation de femmes très dominées dans l'espace social. Dans le cadre de cette thèse, on s'en tient à l'exercice de cette domination dans les pratiques de travail de la consultation médicale.

[75] Le transfert est le processus par lequel des désirs inconscients sont investis ou transférés sur un autre objet ou une autre personne. Le code d'éthique de la Société psychanalytique de Paris, fondée par Sigmund Freud en 1926 et reconnue d'utilité publique en 1997, précise que la pratique psychanalytique consiste à « *actualiser, aux seules fins d'interprétation, les processus inconscients au moyen du transfert, entendus au sens psychanalytique du terme* ». Voir en ligne https://www.spp.asso.fr/la-spp/code-dethique/, consulté le 1er novembre 2018.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Et c'est là quand on parlait tout à l'heure de toutes ces frontières entre le médical, le social, le psychiatrique, etc., moi je crois que dans ce domaine particulier, il faut beaucoup se fier à la débrouille. Après seulement, quand on a débrouillé le truc, on peut penser à orienter, etc. mais il faut d'abord beaucoup se fier à la débrouille, et il faut [il claque deux fois des doigts] être un peu malin !

Ce que Henry désigne comme « *de la débrouille* » renvoie à l'ensemble des stratégies précédemment analysées, mises en œuvre afin d'assurer et de légitimer le soin des sans-domicile. Dans le contexte de la prise en charge des années 1980, les compétences thérapeutiques ne sont pas encore pleinement légitimes dans le secteur, celui-ci relevant encore officiellement d'une logique répressive, qui néanmoins s'affaiblit progressivement. Ce changement de paradigme est propice à l'affaiblissement des référentiels théoriques et pratiques en vigueur. Face à ce flou relatif et au brouillage des frontières entre champs professionnels, Henry développe de nouvelles pratiques indirectement médicales, qui contribuent *in fine* à légitimer sa présence et ses pratiques se soin au CHAPSA. C'est un processus de médicalisation discrète, presque sans en avoir l'air, qui s'opère au sein du CHAPSA. Cet aspect de la consultation est complètement occulté de sa thèse de médecine qui déploie une autre argumentation, clinique cette fois, justifiant médicalement cette initiative pour montrer sa pertinence. Ces deux registres très différents participent à une évolution des modalités de prise en charge des hébergés de Nanterre et à sa médicalisation.

II. La relève : Xavier Emmanuelli et Jacques Hassin

Patrick Henry dirige la consultation médicale du CHAPSA jusqu'en 1992. L'organisation évolue peu au cours cette période. Il reçoit ponctuellement de l'aide de jeunes externes, ou de médecins étrangers assurant des traductions et s'entoure de professionnel-le-s paramédicaux-ales. Il dit y avoir réalisé « *51 336* » consultations, la précision de ce chiffre étant liée à l'archivage systématique qu'il a mis en place au cours de son passage. S'il qualifie rétrospectivement cette expérience des « *dix meilleures années de sa vie professionnelle* », son départ est lié à un sentiment de lassitude, dont il prend conscience le jour où il a « *envoyé chier sans aucune raison* » un patient avec lequel il dit avoir « *été méchant* ». Cet évènement traduit une perte de sens de ses actions, qui l'amène à saisir une opportunité professionnelle proposée par la Régie autonome des transports parisiens (RATP) – cet épisode est analysé plus loin. Son départ de Nanterre coïncide avec l'arrivée de deux protagonistes qui vont pérenniser la consultation médicale et assurer la jonction entre les dimensions sociales et sanitaires de l'accompagnement. Il s'agit des docteurs Xavier Emmanuelli, d'une part (1), et Jacques Hassin, d'autre part (2), dont on restitue ci-dessous les trajectoires et les modalités d'engagement dans le soin des personnes sans-domicile. Leur analyse permet d'expliquer les conditions dans lesquelles la consultation de Nanterre s'est affirmée comme un « *site de problématisation* »

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

(Gardella 2014a) de la question SDF et comme un lieu d'innovation des modalités de prise en charge. Henry, Emmanuelli et Hassin sont à cet égard des précurseurs qui, par leurs affinités électives et leurs circulations dans divers champs, contribuent à diffuser l'idée d'une prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile.

1. Xavier Emmanuelli, un *French doctor* à Nanterre

Lorsque Patrick Henry quitte Nanterre en 1992, la consultation se trouve encore aux marges du système hospitalier et du système de santé, en dépit du nouveau statut de Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de la Maison de Nanterre. L'arrivée du fondateur de MSF est un tournant décisif. Si de nombreux travaux et écrits, y compris les siens, ont restitué sa biographie, peu ont abordé cette séquence du CHAPSA, la plupart se focalisant sur d'autres facettes de sa trajectoire personnelle et professionnelle (encadré 2.2).

Encadré 2.2 : la trajectoire socioprofessionnelle de Xavier Emmanuelli avant Nanterre.

Xavier Emmanuelli est né en 1938 à Paris. Il est fils d'un médecin et d'une institutrice. Actuellement retraité, il refuse ce terme en revendiquant le maintien de son engagement. Il reconnait toutefois « *ne plus être salarié* ». Il explique s'être tourné vers la médecine « *parce que papa* », sans que son père l'y incite néanmoins, et alors qu'il se définit plutôt comme littéraire. Il obtient son doctorat en médecine, est titulaire d'un certificat d'études spécialisées (CES) en anesthésie-réanimation, d'un diplôme de marine marchande et d'un certificat de léprologie. Ces deux derniers diplômes font écho aux médecines coloniale et militaire, dont Emmanuelli souligne qu'elles font partie de « *notre histoire médicale [française]* ». Sentant le besoin de se justifier, il reconnait devenir « *bleu blanc rouge* » en vieillissant, tout en précisant « *ça veut pas dire qu'on va basculer du côté de Le Pen* ». La socialisation catholique d'Emmanuelli et son engagement temporaire au sein du Parti communiste français le prédisposent à l'engagement humanitaire (Dauvin et Siméant 2002). Préalablement à sa participation à la fondation de Médecins Sans Frontières en 1971, Emmanuelli embarque au sein de la marine marchande, avant d'être médecin généraliste dans le bassin houiller lorrain. En 1974, il participe à la création du Service d'aide médicale d'urgence (Samu) du Val-de-Marne aux côtés du Professeur Pierre Huguenard, qu'il identifie comme « *son maître* », dans la plus pure tradition mandarinale de la médecine. Il est ensuite nommé médecin à la prison de Fleury-Mérogis en 1987-1988, avant d'intégrer le CASH de Nanterre en 1992. Il intègre le gouvernement de Villepin en 1995 en tant que secrétaire d'État chargé de l'action humanitaire d'urgence jusqu'en 1997. Ce parcours témoigne d'une circulation dans des fractions diverses du champ médical qui ont en commun de s'écarter des contextes les plus communs de la médecine de ville et hospitalière. Gardella résume ce parcours en soulignant : « *on pourrait dire qu'il est l'urgence faite homme. Il en fait lui-même sa "règle de vie", et la transporte dans les diverses arènes où il s'engage* » (Gardella 2014a p. 282).

L'arrivée d'Emmanuelli à la consultation médicale de Nanterre intervient après une première expérience dans le secteur de l'exclusion en France, la prison. Il décrit un cadre de travail complexe, hostile même :

> La prison a été mon école. Ça faisait 5 ans que j'étais là, j'avais obtenu ce que je voulais : une consultation, une clinique en prison. Ils avaient enfin pris en compte le sida des détenus […]. Moi ça me mettait enragé parce que… le médecin de prison, personne l'écoute.
>
> **Même le fondateur de MSF ?**

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> On me mettait pas à la porte d'emblée [sourire, rires]. Mais en fait, ils y croyaient pas. Et puis réponse de la pénitentiaire : « *Distribue-leur des préservatifs* ». Un peu rude comme réponse, j'ai jamais osé faire ça : [imaginant la réponse des détenus] « *bon, on est tous des enculés…* ».
>
> […]
>
> Soigner des détenus, j'étais haï des matons. Des actes de violence… mais on peut pas être aimé de tout le monde à un moment !
>
> Xavier Emmanuelli, ancien médecin à Nanterre, 80 ans

S'il explique que la prison « *a été [s]on école* », il souligne que « *le médecin de prison, personne l'écoute* » : ni l'administration pénitentiaire, pour qui la santé des détenus est un problème loin d'être prioritaire ; ni les gardiens de prison qui l'estiment trop proche des détenus ; ni ces derniers qui, bien qu'exposés ou malades du sida, rejettent nettement une maladie alors systématiquement associée à l'homosexualité, particulièrement stigmatisée dans cet univers masculin et viriliste. L'autorité professionnelle du médecin se voit remise en question de toute part, celle-ci n'étant pas pleinement légitime au sein d'une institution régie par ses règles propres et très hermétique aux agents qui lui sont extérieurs (Milly 2001). Son expérience pénitentiaire se caractérise par une double facette : une facette sociale d'une part, qui passe par le développement de l'accès aux soins et à la santé de détenus ; une facette clinique ensuite, avec un enjeu de connaissance et d'exercice du soin en prison, à une période où le sida commence à être connu. Chez Emmanuelli comme chez Henry, ces deux facettes – clinique et sociale – sont étroitement intriquées. Si garantir l'accès aux soins en toute circonstance leur semble essentiel, cette logique est inséparable d'une interrogation autour de la spécificité de la maladie, du malade, et de la pratique du soin qui en résulte. Cet intérêt clinique est déterminant dans la légitimation mise en œuvre auprès de différents auditoires du travail de soins des pauvres.

Il est intéressant de comparer les socialisations d'Emmanuelli et Henry ainsi que leurs modalités d'investissement dans le champ. Emmanuelli arrive à Nanterre en 1993, alors qu'il dispose déjà d'un prestige certain. Comme le suggère Henry : « *et puis après c'est Emmanuelli qui a postulé pour ce poste-là, qui a été accepté par les directeurs d'établissement parce qu'il est arrivé avec tout le background, fondateur de MSF, etc.* ». Au-delà du prestige lié à sa carrière humanitaire, la longue expérience de pratique médicale en des contextes variés parait jouer dans le recrutement d'Emmanuelli :

> J'ai candidaté quand Patrick Henry est parti. […] Je cherchais (inaudible). Il m'a dit « *je m'en vais, je libère le poste* ». Et c'était en 1993, et j'ai candidaté. Et là je savais pas, j'étais vieux déjà, quel statut je pouvais avoir. Bon et puis j'ai été nommé sur titre parce que j'avais plus de 50 balais. J'ai pas passé les concours que j'aurais dû. Et donc j'ai été praticien hospitalier. Ils m'ont nommé, la DDASS, ils m'ont nommé là-dessus, mais il a fallu que j'aille présenter tous mes titres et mes travaux : j'ai beaucoup bossé [*il mime l'épaisseur d'un dossier, censé représenter la somme de ses travaux*]. Donc j'ai été nommé sur titre, et là j'ai pu bosser. Et tout de suite j'ai vu l'anomalie que ce soient des flics [*qui amènent les sans-abri au CHAPSA*]. Je venais de milieu carcéral, médecine

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> pénitentiaire, et je supportais pas que ce soient les flics qui ramassent les gens sous prétexte qu'ils sont… ça me paraissait d'un autre temps, c'est le grand renfermement, ça vous dit ça ?

L'expérience professionnelle d'Emmanuelli facilite son accès à la consultation. S'il est satisfait de pouvoir de nouveau exercer son regard clinique, la description qu'il donne du CHAPSA est nettement péjorative, surtout au regard de celle d'Henry. Dans un entretien radiophonique, il va plus loin et décrit le dispositif comme une *« survivance du passé »*, un « *coin maudit, un truc d'un autre temps* », et même comme un *« camp de concentration, un lieu de déportation*[76] », là où Henry décrivait un lieu à l'étrangeté onirique et surréaliste.

Si tous deux se déclarent aujourd'hui « *de droite* » et soulignent à plusieurs reprises au cours de leurs entretiens respectifs leur amitié réciproque, plusieurs différences se font jour dans leur socialisation, qui peuvent expliquer leur rapport différent à l'environnement du CHAPSA. Henry est athée et aime se moquer des pratiques religieuses, tandis qu'Emmanuelli est un fervent catholique ; issu des classes moyennes stables, il connait une ascension sociale quasi continue, jusqu'à accéder au gouvernement puis à divers postes administratifs, tandis qu'Henry occulte son enfance, connait des difficultés à réussir dans le milieu médical et vit mal son reclassement à la RATP, où il estime que son expertise est aujourd'hui très dévalorisée. Plus généralement, la consultation du CHAPSA constitue la fierté d'Henry et l'apogée de sa carrière, et il n'est donc pas surprenant qu'il valorise son fonctionnement. Le passage d'Emmanuelli à la consultation est court (deux ans et demi) et joue surtout un rôle de catalyseur, ses expériences professionnelles passées faisant l'objet d'une réinterprétation et d'une remise en sens qui mènent à la création du Samu social. En effet, on ne saurait minimiser l'influence de la socialisation et des dispositions incorporées d'Emmanuelli dans ces créations :

> Équipes mobiles : c'était toujours le concept « *d'aller vers* » du Samu. Qui a été une idée géniale des années 1970, qu'on prenait, nous aussi, de la médecine coloniale vous savez. C'était une idée à la française ça, « *d'aller vers* ». Qui date aussi de nos médecins militaires, qui date aussi de la guerre de 14, et des armées de Napoléon…

Les références d'Emmanuelli sont ici éloquentes. Elles traduisent bien ses sources d'inspiration et l'influence de ses expériences passées. C'est également un facteur de distinction vis-à-vis d'Henry. Si ce dernier a contribué à légitimer la pratique du soin au CHAPSA, il n'a pas remis en question son fonctionnement. Comme on l'a montré plus haut, il s'est justement appuyé sur la violence ambiante pour assoir et légitimer la médicalisation de l'accueil. Emmanuelli ne prend pas la même voie et s'indigne des conditions d'accueil, d'hébergement et de soins en vigueur au sein du CHAPSA, ses expériences humanitaires et en médecine

[76] Virginie Bloch-Lainé a consacré une série d'entretiens à Xavier Emmanuelli, qui sont disponible en ligne : https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/xavier-emmanuelli-35-medecin-des-prisonniers-et-des-vagabonds-0, consulté le 10 décembre 2018.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

pénitentiaire le prédisposant à rejeter les éléments les plus totalitaires du lieu. C'est dans cette optique qu'il crée des lits infirmiers en 1993, qui préfigurent les Lits-halte soins-santé (LHSS) officiellement pérennisés en 2006. Les lits infirmiers se démarquent du modèle de l'urgence sociale et des temporalités rapides qu'il impose, pour proposer un hébergement médicalisé de moyen terme, permettant aux personnes de se reposer et d'être soignées. Ils constituent une nouvelle étape de la médicalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile par la légitimation du soin et des professionnels de santé, en associant de plus en plus étroitement mesures d'accompagnement sociales et médicales. D'après Jacques Hassin, qui assure à l'époque des vacations au sein de la consultation, la création des lits infirmiers entraine le recrutement de « *six ou sept infirmières* » spécifiquement attachées à ce dispositif, des postes qui existent encore aujourd'hui. Les lits infirmiers remettent en question le principe de l'urgence au fondement du CHAPSA, car ils sont destinés précisément à des personnes dont les lésions ne relèvent ni de l'urgence médicale, ni de l'urgence sociale, mais d'une prise en charge de moyen terme qui vise à donner du temps de repos et de soin (Jouve et Pichon 2015 ; Coulomb 2016). Emmanuelli valorise très fortement le travail des infirmières, qui assurent l'essentiel du travail d'hygiène et d'entretien des corps affectés par la vie en rue, et la limite entre *cure* et *care* s'estompe.

Autre facteur de distinction : tandis qu'Henry souligne sa « *sympathie* » envers les policiers de la BAPSA, Emmanuelli vit mal leur présence au CHAPSA. Marqué par l'expérience de la prison, il retrouve en dehors de celle-ci des procédés similaires : à la violence des matons correspond celle des « *flics* ». Emmanuelli a conscience des différences qui le séparent d'Henry, le qualifiant successivement de « *désinhibé* », « *rustique* », « *loyal* », « *brutal* », tout en ressentant le besoin de rappeler à plusieurs reprises qu'il est « *son ami* ». Il ajoute : « *il aime l'ordre, mais… Je préfère un Patrick Henry à un flic de base* » et tient à rappeler le rôle d'Henry dans la création de la consultation : « *c'est son fait de guerre* », expression qui fait écho à l'autodéfinition d'Henry comme « *vieux combattant* ». La création du Samu social par Emmanuelli vise aussi à mettre fin au quasi-monopole de la Préfecture de Police sur le travail de terrain auprès des sans-domicile, et participe ainsi de la formation de la juridiction contemporaine de la prise en charge des personnes sans-domicile, dans un paradigme assistanciel. Directement inspiré du mode opératoire des Samu, le Samu social constitue une nouvelle fois une alliance originale du social et du sanitaire, en associant trois acteurs : une infirmière d'État, un travailleur social et un agent de conduite. Le récit de la création du Samu social est connu (Emmanuelli 1994, 2000 ; Gardella 2014). Rejeté par tous les interlocuteurs qu'il sollicite, Emmanuelli obtient en désespoir de cause le soutien de Jacques Chirac, maire de Paris et futur candidat du Rassemblement pour la République (RPR), qui joue habilement de la préoccupation croissante autour du nombre des sans-domicile, qui nourrira d'ailleurs sa campagne présidentielle sur la « fracture sociale » en 1995. Sans être dupe sur ce point,

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Emmanuelli lui en est profondément reconnaissant et évoque, dans un nouvel élan chrétien, le « *cœur de l'homme* ». Cette alliance est à l'origine de son départ de Nanterre pour le gouvernement quand Chirac est élu président de la République.

2. Jacques Hassin : bifurcation biographique et reclassement professionnel

Jacques Hassin lui succède. Celui-ci connait déjà la consultation, car il a assuré un intérim entre le départ d'Henry et l'arrivée d'Emmanuelli. Deux entretiens ont été réalisés avec Hassin, à environ un an d'intervalle, car de nombreuses informations relatives à sa trajectoire étaient demeurées obscures, voire contradictoires avec les informations obtenues par ailleurs[77]. Le croisement des sources et la demande répétée de précisions ont finalement permis de reconstituer son parcours. Hassin est né en 1952 à Vesoul. Sa mère ne travaille pas et son père est commerçant d'articles de sport et de camping-caravaning. Ils emménagent au Kremlin-Bicêtre, en banlieue sud-est de Paris, en 1956. Hassin répète à plusieurs reprises s'être tourné vers la médecine « *par vocation* ». Il est pourtant titulaire d'un bac B (sciences économiques et sociales), qui le contraint à suivre une année de rattrapage intensif, passerelle vers la deuxième année d'études de médecine : « *Quand je suis arrivé en deuxième année, ils ont mis le concours en première année. Sinon j'aurais jamais été médecin selon les critères de sélection. Ça s'est joué à peu de choses. Donc c'était une vraie vocation* ». Il explique :

> À l'époque il y avait des CES, des certificats d'études spécialisées. Je ne voulais pas être commerçant, et être médecin généraliste ça me plaisait pas. Je voulais travailler à l'hôpital. L'anesthésie c'était un métier où dès la 2e année vous pouviez gagner votre vie. Troisièmement, moi qui voulais sauver des vies humaines, dès le départ, j'étais fasciné par le travail des Samu qui naissaient à l'époque. C'est comme ça que j'ai travaillé à Henri Mondor, dans le Samu du Val-de-Marne. J'étais à l'inauguration du Samu, c'est marrant quand on dit ça à des jeunes, vous avez l'impression de parler de la dernière guerre, mais l'inauguration du Samu de Créteil était en 1975.
>
> Jacques Hassin

L'orientation vers l'anesthésie-réanimation, spécialité marquée par une surreprésentation masculine, fortement exposée à la mort et « *besogneuse* », au sens où elle éloignée des spécialités les plus nobles qui recrutent parmi les classes les plus aisées (Jaisson 2002b ; Denise 2018), est ici présentée comme un choix pragmatique : elle lui permet de

[77] De façon plus générale, plusieurs quiproquos sont apparus et les propos de l'enquêté se sont fréquemment révélés décousus : lorsque nous parlons du CHAPSA et que je l'interroge à propos de sa cohabitation et de son travail avec Emmanuelli, il part spontanément sur le fonctionnement du Samu social de Paris ; alors qu'il est en train de parler des conditions de son arrivée au CHAPSA, il se met soudain à évoquer le stress lié au métier d'anesthésiste réanimateur ; il explique tantôt avoir eu connaissance de la consultation avant le début des années 1990, tantôt ne pas la connaitre et la découvrir en 1992. Les relances et demandes de précisions ont en outre eu pour effet paradoxal de nouer plutôt que de démêler sa trajectoire biographique. Les témoignages d'Henry et d'Emmanuelli ont permis de clarifier divers éléments, et justifient qu'on les évoque ici.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travailler à l'hôpital et de gagner sa vie précocement. Il travaille d'abord en tant que médecin transporteur et régulateur au Samu du Val-de-Marne – où se trouve également Xavier Emmanuelli. Comme Henry et le fondateur de MSF, il se définit comme un « *guerrier* » du Samu, représentation fréquemment véhiculée au sein du groupe des réanimateurs (Paillet 2007 ; Denise 2018) et qui fait une nouvelle fois écho à la médecine militaire et à une forme de violence valorisée par les humanitaires (Dauvin et Siméant 2002). Hassin arrive à l'hôpital Max Fourestier en 1979 – la même année qu'Henry – en tant que faisant fonction d'interne. Il décroche son doctorat l'année suivante, puis un CES d'anesthésie-réanimation en 1982. Il pratique ainsi durant une petite dizaine d'années. Au début des années 1990, un évènement est à l'origine d'une bifurcation dans sa carrière. C'est Patrick Henry qui l'évoque, Hassin ayant omis de l'évoquer lors du premier entretien réalisé avec lui :

> (Silence). Il a eu un gros problème un jour, mais là il y peut rien. J'insiste, il y peut rien. C'est qu'il y a eu un accident, lié à une transfusion avec le mauvais sang. Alors je suis pas dans les précisions de son affaire, hein, mais il était ce soir-là de garde, mais c'est pas lui qui passait le sang. Vous savez comment ça se passe : y'a le médecin, on l'appelle quand y'a un problème. Là il fallait faire une transfusion, et celui qui a passé le sang s'est trompé de flacon. Il a passé le mauvais sang. Et il y a eu un décès. C'est typiquement le truc de « responsable mais pas coupable ». Typiquement. Ce qui l'a pas empêché de se retrouver dans une merde noire. Procès : c'est un homicide, vraiment grave quoi. Donc il a connu ce passage-là, très difficile pour lui. Et là vraiment quand je vous dis ça, c'est tout à fait sincère : il n'y pouvait rien. […] Il se trouve…alors en plus, il se trouve que la victime de cet accident était un client à moi, SDF, que je connaissais très bien. Qui était le clodo le plus célèbre de Montmartre, dont le nom a été déformé dans la presse, mais que je connais par cœur, et c'était un client à moi, que je voyais assez souvent, plutôt sympa etc., et c'est lui qui a été victime de ce truc-là. […] Et Hassin a commencé à s'intéresser aux clodos à ce moment-là. Comme par hasard. Et je pense que là, y'a un phénomène de compensation, y'a un truc comme ça. Il a commencé à s'intéresser, à venir me voir, un petit peu, de temps en temps, au CHAPSA, « *ah bah comment ça va, comment tu fonctionnes, qu'est-ce qui se passe ici, etc.* » il a commencé à s'intéresser au truc. Et puis après, il y a cru.
>
> Patrick Henry

Lors du second entretien réalisé avec Hassin, celui-ci l'évoque cette fois spontanément, sans que je l'aie spécifiquement interrogé sur l'épisode, ou sur son investissement au sein du CHAPSA. Il est néanmoins au courant que j'ai alors rencontré Patrick Henry, avec qui il entretient désormais des relations pour le moins distantes :

> J'ai fait 7/8 ans comme anesthésiste réanimateur ici, et puis celui qui avait monté… alors je me suis occupé des pauvres ; on pourrait raconter des tas de belles histoires, dire que j'ai voulu sauver mon âme, etc., c'est pas vraiment ça. C'est… comment dirais-je, l'anesthésie-réa, c'est très fatigant. J'ai été, pour des questions de responsabilité, inculpé pendant 13 ans d'homicide involontaire.
>
> […]
>
> Là en l'occurrence c'était une erreur d'un infirmier anesthésiste, et j'ai été au pénal au titre de la responsabilité. J'étais responsable de 3 blocs opératoires avec un infirmier anesthésiste dans chaque. Y'en a un qui a fait une connerie, qui s'est trompé de groupe sanguin en transfusant… voilà.
>
> Jacques Hassin

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

La réticence d'Hassin à évoquer cet évènement est compréhensible. La distinction entre histoire vécue dans le temps présent, et récit de vie reconstitué *a posteriori,* trouve ici une illustration emblématique (Bertaux 2005 ; Leclerc-Olive 2009). De fait, si Henry défend Hassin quant à la faute dont il est « *responsable mais pas coupable* », il lui reproche l'intérêt opportuniste qui parait en résulter pour les personnes sans-domicile. Interrogé sur le sujet, Emmanuelli confirme et clarifie l'opposition qui structure le rapport à l'investissement dans le CHAPSA de ces différents médecins :

> Il a eu des emmerdes… le cauchemar de tout anesthésiste, c'est… parce que c'est pas vraiment de sa faute, c'est manque de pot total. Accident transfusionnel.
>
> **Henry m'a expliqué que c'est suite à ça, qu'Hassin s'est intéressé aux…**
>
> Oui, alors c'est vrai. Il n'avait pas de connaissances particulières. […] Il est venu par défaut, au lieu d'être venu par enthousiasme. Mais il avait pas la brutale densité de Patrick, qui aime les gens, à sa façon. Un peu brute, mais qui les aime.
>
> […]
>
> Il [*Jacques Hassin*] est venu par défaut, tandis que Patrick [*Henry*] il est venu par choix.
>
> **Et vous, vous êtes venu par choix ?**
>
> Oui. Mais je savais où j'allais, moi.
>
> Xavier Emmanuelli

La double distinction opérée par Emmanuelli est intéressante : il oppose l'enthousiasme qui caractérise son investissement et celui de Henry à l'orientation « *par défaut* » de Hassin. De même, il suggère que lui savait où il mettait les pieds, contrairement à Henry, qui découvre l'exclusion lorsqu'il crée la consultation médicale. Sa faute professionnelle apparait bien comme l'évènement à l'origine d'une bifurcation dans sa trajectoire professionnelle (Grossetti 2009). Henry souligne qu'Hassin commence à s'intéresser à la question SDF après cet évènement. Il assure l'intérim au départ d'Henry, s'inscrit dans un DEA d'éthique biologique et médicale, et choisit pour sujet de mémoire les « *Problèmes éthiques médico-sociaux posés par les populations sans toit stable* ». Son rôle durant la période où Emmanuelli dirige la consultation n'est pas clair : sans doute y passe-t-il occasionnellement, sans pouvoir s'y investir pleinement :

> **OK. Mais donc au moment où vous arrivez…**
>
> Y'a personne.
>
> **Et Hassin ?**
>
> Longtemps après. Très longtemps après. Il arrive quand je pars. Y'avait pas la place pour deux (sourire).
>
> Xavier Emmamuelli

Hassin assure donc la relève lorsqu'Emmanuelli quitte l'institution qui s'appelle désormais le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre. Cette évolution

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

suscite des réactions ambivalentes chez lui. Il réaffirme à plusieurs reprises avoir beaucoup apprécié travailler en tant qu'anesthésiste-réanimateur, en défendant un « *vrai choix* ». En même temps, il souligne la pression psychologique et sociale associée à ce métier, liée à son exposition à la mort et à la faute professionnelle (Jaisson 2002b), dénonçant au passage une évolution procédurière de l'encadrement médico-administratif :

> Anesthésiste réanimateur c'est très stressant. J'ai eu mon premier pontage coronarien j'avais 49 ans. C'est vrai que je fumais 3 paquets de clopes, le stress, machin. Donc ça a été une opportunité pour moi de quitter ce métier, intéressant mais très lourd, où on est à risque médico-légal. C'est vrai que le plus en danger, c'est le patient. Maintenant vous êtes amené à endormir des gens de 85 ans pour une prothèse de hanches, et si ça se passe mal, la famille porte plainte. […]
>
> Moi j'ai quitté une spécialité passionnante, vraiment passionnante, la réanimation, mais hyper-anxiogène, hyper, comment dire, stressante. En anesthésie on endormait des gamins, pour les amygdales, et très souvent on se fait des frayeurs épouvantables. […]
>
> C'était un métier qui était à l'hôpital. J'ai toujours refusé de travailler en clinique même si à l'époque, on gagnait énormément d'argent. Ça se fait à l'hôpital, on peut y défendre des valeurs, en particulier vis-à-vis de l'éthique, vis-à-vis des indications chirurgiennes : en clinique, on n'a pas le droit.
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

L'ambivalence de l'anesthésie-réanimation est bien visible dans les deux premiers extraits, cette spécialité étant tiraillée entre son caractère « *intéressant* » et même « *passionnant* », d'une part, et le « *stress* », l'angoisse et la responsabilité auxquelles elle est associée, d'autre part. Le troisième extrait introduit une dimension éthique du travail médical d'Hassin. Sans doute fait-elle l'objet d'une mise en adéquation *ex post* avec son orientation vers l'éthique médicale dans les années 1990. Il ne faut pas pour autant la sous-estimer. Cette éthique n'est pas associée à un système de valeurs d'origine religieuse, mais bien séculières : à de nombreuses reprises au cours des deux entretiens, Hassin se présente en défenseur du service public. Son refus de travailler en clinique en est un premier indice, auquel viennent s'ajouter d'autres prises de position plus marquées :

> En gros, j'ai des principes et des valeurs, donc pour moi : le service public. Quand je quitte l'hôpital, je ne vais pas prendre le métro parce que je n'ai pas vu depuis longtemps M. Machin ou Mme Truc, dont je sais qu'elle est au Châtelet… non. Moi je quitte mon travail, je quitte mon travail. J'ai pas vocation à endosser la cape de l'Abbé Pierre, Martin Hirsch s'en est chargé…
>
> […]
>
> Mais nous avons ici une particularité à laquelle je tiens, c'est que nous sommes la seule structure publique de prise en charge de ces populations ; et ça, plus la synergie sanitaire et sociale, c'est quelque chose auquel je suis moi très attaché. Alors les tutelles, ça les arrange. Moi ça m'a souvent été dit par l'ARS : si vous êtes pas sage, on met la Croix Rouge à votre place. Ça va coûter moins cher.
>
> Jacques Hassin, 1er entretien
>
> Moi je suis dans le service public, je suis un représentant de la société auprès des membres les plus faibles.
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Ces diverses prises de position témoignent d'un attachement au service public qui doit être relié à la spécificité du CASH de Nanterre, à savoir son statut public. De fait, cette situation est très rare, la quasi-totalité des dispositifs d'aide étant délégués par la puissance publique à des acteurs associatifs (Imbaud et Jeantet 2012). Au-delà de cette particularité, Hassin partage avec Henry, contre Emmanuelli, un laïcisme marqué qui le conduit à déconsidérer l'action caritative. Cette distance vis-à-vis de la religion, héritée de son père qu'il décrit en « *bouffeur de curé* », se traduit dans sa représentation du secteur et de ses évolutions dans les années 1990 :

> Pour faire simple, y'avait une approche caritative religieuse, bah c'était tous les mouvements… même s'ils sont laïques officiellement ; [une approche] coercitive, puisqu'ici ils étaient raflés à Paris jusqu'en 1994… ; et puis [une approche] que j'appelle moi sociopolitique, c'est-à-dire qu'on s'est vraiment battus avec Emmanuelli et d'autres pour dire que : qu'il y ait des curés, des bonnes sœurs qui s'occupent des gens dans la rue c'est très bien, mais la meilleure façon de s'occuper de ces personnes c'est un médecin et une assistante sociale. C'est-à-dire des professionnels. Et d'ailleurs au Samu social pendant longtemps, on a refusé les bénévoles. On a changé après, parce qu'on s'est rendu compte d'abord que le regard de bénévoles sur nos pratiques était important. Et puis aussi que pour accompagner dans des démarches une personne, c'était pas… si on pouvait ne pas mobiliser une AS [assistante sociale] pour l'accompagner, ou une éduc spé, c'était pas plus mal. […] Il n'empêche que, moi je prétends qu'un soi-disant travailleur social qui a un BAFA pour accompagner les enfants en colonie de vacances, et une as AS ça coûte pas le même prix mais voilà ! Ça, c'est la synergie sanitaire et sociale.
>
> Jacques Hassin, 1er entretien

Hassin évoque ici ouvertement la nécessité de professionnaliser le secteur autour d'un binôme médecin/assistante sociale. Cette valorisation du professionnalisme se fait au détriment de l'accompagnement bénévole : la légitimation du travail d'accompagnement médico-social qui se met en place passe par une reconnaissance de la professionnalisation du secteur et de l'expertise qui y est associée. C'est seulement dans un second temps que le travail bénévole est accepté, bien qu'il fasse l'objet d'une dépréciation implicite par rapport à l'accompagnement professionnel – « *si on pouvait ne pas mobiliser une AS pour l'accompagner, ou une éduc spé, c'était pas plus mal* ». Les représentations de Hassin sur le travail social paraissent néanmoins avoir évolué à son contact, comme en témoigne l'extrait suivant :

> La première assistante sociale, qui venait de la maison de retraite au CHAPSA est arrivée en 1992. Et alors on se parlait pas, on était chacun à un bout. Elle, elle avait peur du pouvoir médical, et nous, nous étions un peu jeunes, pour nous une assistante sociale c'était « *Joëlle Mazart* » c'est-à-dire une assistante sociale un peu bonne sœur quoi. Et on se parlait pas. Ça, c'est 1992, c'est quand même récent.
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

« Joëlle Mazart » est le personnage central du téléfilm à succès *Pause-café*, incarné par Véronique Jannot, qui met en scène une jeune assistante sociale nouvellement nommée dans le milieu scolaire. En assimilant l'assistance sociale à ce personnage et à une « *bonne sœur* », Hassin traduit une représentation du travail social peu codifié plutôt que sur un travail d'accompagnement centré sur l'accès aux droits et l'accompagnement administratif, ce vers

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

quoi le métier a évolué au cours des dernières décennies. L'évolution du regard de Hassin, qui met désormais en avant la « synergie sociale et sanitaire » du CASH, est le produit d'une socialisation réciproque et d'une articulation renforcée de l'accompagnement social et médical.

***

La restitution des modalités d'engagement de Patrick Henry, Xavier Emmanuelli, et Jacques Hassin dans le soin des personnes sans-domicile, met en lumière le rôle de précurseurs qu'ils ont joué dans la prise en charge. Alors que celle-ci cesse progressivement de relever d'une logique punitive, ils développent une nouvelle approche de la question SDF en défendant la nécessité de soigner une population de plus en plus éloignée du système de soin. On l'a dit, ils ne sont pas les seuls à créer ce type de dispositifs. Il convient par conséquent d'expliciter l'influence de ces médecins sur la formation d'une juridiction pluridisciplinaire.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 3 : Vers une prise en charge pluridisciplinaire. La juridiction du sans-abrisme entre médecine clinique et médecine sociale

Les analyses qui précèdent ont permis de restituer les conditions de création et d'évolution de la consultation médicale du CHAPSA/CASH de Nanterre, à travers les modalités d'investissement des trois médecins qui l'ont dirigée. Ces derniers redéfinissent le traitement sociopolitique de la question SDF, en l'ouvrant durablement aux professionnels de santé. Cette ouverture repose sur un travail de légitimation qui vise à justifier la pertinence de l'intervention des professionnels de santé auprès des personnes sans-domicile. La présente section est donc consacrée à la stabilisation de la juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile dans le champ de la médecine sociale. Cette prise en charge, qui relevait encore jusqu'à la fin des années 1980 d'un paradigme répressif, est formellement inscrite dans le giron de l'État social à partir du milieu des années 1990, et se développe au tournant des années 2000 dans une perspective pluridisciplinaire. Trois points sont développés afin de conclure ce chapitre : d'abord, on restitue le travail de légitimation déployé par les pionniers de Nanterre. Ce travail est opéré auprès de différents auditoires, au sein du champ médical mais aussi en dehors de celui-ci, et témoigne de l'existence ou de la construction de liens entre différents espaces sociaux ainsi que de la circulation des acteurs concernés entre ces différents espaces (Dubois 2014) (I). En second lieu, sont décrites les modalités de formulation d'une « question psy » en lien avec la question sociale et en particulier avec la question SDF, autrement dit les modalités selon lesquelles une préoccupation de plus en plus prégnante se fait jour à propos des liens, avérés ou supposés, entre précarité, exclusion et troubles psychiques (II). Cette analyse permet finalement d'évoquer les conditions d'investissement des professionnels de la santé mentale dans la juridiction entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000 (II).

I. Légitimer la médecine des pauvres

Si la légitimation du travail de soin auprès des usagers de la consultation s'est appuyée sur une médicalisation discrète, en situation, de la prise en charge, d'autres stratégies sont déployées par les pionniers afin de faire valoir leur pratique à l'extérieur de cette structure. La dépréciation de la « médecine des pauvres » dans le champ médical apparait très nettement : elle est synonyme d'un déclassement symbolique particulièrement marqué. Face à ce constat, les pionniers insistent sur la spécificité du regard clinique et de l'approche qui doivent prévaloir face aux sans-domicile. Ils déploient ainsi une argumentation qui valorise leur pratique au

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

regard des critères de légitimité propres au champ (1). En l'occurrence, les médecins de Nanterre vont chercher à spécifier l'approche clinique de la grande pauvreté en élaborant des théories du processus de désocialisation. L'un des points remarquables de cette analyse est qu'elle ne reste pas cantonnée aux experts, mais qu'elle se diffuse par le biais d'ouvrages qui participent de ce qu'Édouard Gardella (2014a) a identifié comme une *« culture publique du sans-abrisme* » (2). On montre finalement que les trajectoires de ces pionniers, qu'elles se poursuivent à Nanterre ou ailleurs, sont marquées par un rapport étroit au champ étatique, qui assoit la légitimité de la médicalisation de la prise en charge de la question SDF (3).

1. Médecins des pauvres, pauvres médecins et « clodologues »

Les entretiens menés avec Patrick Henry et Jacques Hassin soulignent les difficultés à faire reconnaitre leur pratique au cours des années 1980/1990. Cette difficulté apparait plus euphémisée chez Xavier Emmanuelli, qui bénéficie déjà d'un prestige et d'une reconnaissance qui assoient sa légitimité. Il doit néanmoins faire ses preuves auprès des usagers eux-mêmes, habitués à être soignés par Henry :

> Je l'ai vu pleurer, parce que les clients arrivaient dans le bureau, « mais t'es qui toi ? » En parlant à Xavier, « *mais t'es qui toi ? – Ah bah je suis le médecin… – Non non toi t'es pas le médecin, le médecin c'est Henry, il est où ? Moi c'est Henry mon toubib, c'est pas toi* » (rires). Je lui ai dit « *mais attends, ils vont s'y faire, c'est normal* ». Et d'ailleurs il y est parfaitement bien arrivé, parce que quelque temps après, c'était l'inverse, moi ils me connaissaient plus et leur toubib c'était Emmanuelli.
>
> Patrick Henry

Au cours de l'enquête ethnographique, on a pu vérifier l'attachement très personnalisé d'usagers sans-domicile à des figures médicales qui les soignent depuis longtemps. Tout se passe comme si l'investissement dans les soins de certains des usagers les plus précaires et les plus désaffiliés – investissement souvent complexe et parfois objet d'un long travail de négociation (Gardella, Laporte, et Le Méner 2008 ; Coulomb 2016) – s'opérait moins autour d'un principe abstrait tel que « *la santé* » ou « *la médecine* », que des figures qui l'incarnent en chair et en os : « *le docteur X* », « *l'infirmière Y* ». La relation interpersonnelle tend ainsi à primer sur la relation de soins, rappelant que « *la médecine générale n'a jamais construit son image sur la réduction de l'acte thérapeutique à un acte technique* » (Muel-Dreyfus 1984, p. 70). Elle accorde une place centrale à l'écoute du patient et à son ressenti, suggérant une dimension *psychologique*, du travail de soin de première nécessité. En l'occurrence, si la centralité de la dimension interpersonnelle ne relève pas nécessairement d'une culture somatique propre aux membres du sous-prolétariat, l'enquête a permis de montrer qu'au sein des dispositifs spécialisés de soin, les consultations durent particulièrement longtemps, à la fois

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

en raison d'incompréhensions réciproques entre soignants et soignés, mais aussi de la place prise par le travail relationnel.

Au-delà de certaines difficultés à travailler auprès des usagers du CHAPSA, les médecins de Nanterre font face à la suspicion de leurs collègues. L'analogie « *médecin des pauvres, pauvre médecin* » – empruntée à Patrick Declerck (2001) – résume le déclassement symbolique qu'induit le soin des pauvres :

> Declerck, c'est un psychanalyste. C'est pas un médecin. Il a l'arrogance, et le parler du psychanalyste, il m'a beaucoup appris. Il m'a dit, « *tu seras jamais pris en considération ! Médecin des pauvres, pauvre médecin !* ». J'ai adoré. C'est tellement bien que j'aurais pu la trouver moi-même. Mais je le cite (rires).
>
> Xavier Emmanuelli

> Quand Patrick Henry a créé la consultation médicale du CHAPSA en 1984, on disait de lui qu'il allait soigner les clochards parce qu'il n'avait pas réussi à avoir son diplôme et qu'il ne pouvait pas soigner les gens normaux. Moi, quand j'ai commencé en 1992, mes camarades chirurgiens sont allés voir le directeur en lui disant : « *Qu'il fasse ses bonnes œuvres, mais il a qu'à faire ça le weekend, un anesthésiste c'est fait pour être dans un bloc* ». D'autres ont dit : « *Mais, un réanimateur pour soigner des clochards, y'a quand même un petit peu de l'abus ?* ». Je vous assure que ça, c'était à l'époque, c'était « *médecin des pauvres, pauvre médecin* »
>
> Jacques Hassin, 1er entretien

> Celui qui avait créé la consultation médicale du CHAPSA, en 1984, est parti sur un coup de tête, et personne à l'époque ne voulait le remplacer, parce que c'était très mal vu. C'était « *médecin des pauvres, pauvre médecin* » (entretien du 10 septembre 2018)
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

Alors qu'Hassin cherche à se démarquer de ce qu'il identifie comme une absence de professionnalisme des acteurs caritatif, il rapporte que la médecine des pauvres parait justement relever du bénévolat, de la charité et des « *bonnes œuvres* » à ses collègues médecins, plutôt que d'une pratique professionnelle reconnue. Leurs représentations autour de sa formation et de celle d'Henry illustrent bien les rapports de force qui traversent le champ, notamment en termes de hiérarchisation symbolique des spécialités médicales (Jaisson 2002a, 2002b ; Bloy 2010) : parce qu'il n'est pas spécialisé et parce qu'il est même suspecté de pas avoir de diplôme, Henry est amené à soigner les pauvres ; à l'inverse, parce qu'il est spécialisé en anesthésie-réanimation, ce serait un « *abus* », du gâchis que d'affecter Hassin au soin des clochards.

Le discours d'Henry va également dans ce sens et permet de préciser les représentations dominantes au sein de l'espace hospitalier. Ce sont les jalousies « *des toubibs qui étaient là depuis 30 ans et qui n'avaient jamais poussé cette porte [du CHAPSA]* » qui expliquent les « *peaux de banane en permanence sous les pieds* ». Il illustre avec un exemple qu'il dit avoir appris tardivement :

> Le président de la CME [Commission médicale d'établissement], qui était médecin, avait écrit au préfet de police pour dénoncer l'existence de ma consultation, il disait qu'elle allait à l'encontre de la notoriété de l'hôpital. […]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Je me suis très vite beaucoup plus considéré comme un travailleur social option médecine, que comme un médecin, v'voyez, qui fait du social quoi. Je me suis plus considéré comme ça. Ce qui évidemment a posé problème avec les autres toubibs, qui eux voient pas ce métier de cette façon-là.
>
> Patrick Henry

« *Travailleur social option médecine* » plutôt que « *médecin qui fait du social* » : si le témoignage d'Henry peut paraitre excessif, il traduit l'approche spécifique du soin qui tend à prévaloir à Nanterre. Surtout, le regard de ses collègues apparait révélateur, puisqu'il présente sa conception du métier comme étant nettement opposée à la leur. La dépréciation du travail mis en œuvre par les pionniers de Nanterre est donc un élément qui ressort nettement, le stigmate très fort associé aux clochards à l'époque marquant, par contamination, les médecins en charge de leur apporter des soins (Goffman 1963). La légitimation du travail de soin réalisé auprès des clochards implique donc, en premier lieu, de jouer selon les règles du jeu du champ médical, et par conséquent de faire valoir l'intérêt clinique de cette démarche (Pinell 2005, 2008), plutôt que de souligner ses dimensions palliatives, solidaires et plus largement sociales.

Plusieurs éléments étayent cette idée. À plusieurs reprises au cours des entretiens, les pionniers de Nanterre répètent leur intérêt pour le travail clinique. Plus précisément, si Hassin apparait avoir opté pour une stratégie de légitimation scientifique sur laquelle on reviendra plus loin, Henry et Emmanuelli se présentent comme des « *cliniciens* » :

> Moi je suis un très mauvais scientifique. Sans déconner. Je suis un très mauvais scientifique. Mais je pense, sans me vanter, que je suis un excellent clinicien. Plus maintenant hein, ça fait 25 ans que j'ai pas exercé, donc je vous suggère surtout pas de vous faire soigner par moi hein, évitez-moi (rires) ! Mais à l'époque, où je faisais ça en permanence, toute la journée, je pense que j'étais vraiment un excellent clinicien, c'est-à-dire que je regardais les gens qui entraient, je me disais, « *tiens il a changé* ». Le mec que j'avais déjà soigné, je me disais : « *tiens, il est pas comme avant, pas comme la semaine dernière, y'a un truc* ». Sans forcément pouvoir dire quoi exactement, mais quand c'était suffisamment fort, je pouvais appeler mes collègues en réa particulièrement, et leur dire « *Attendez j'ai un mec là, je sais pas ce qu'il a mais il est pas bien, par rapport à l'autre fois, ça va pas, y'a un truc, est-ce que vous pouvez le prendre ?* ». Donc ils le prenaient, et franchement, 99 fois sur 100, y'avait un vrai problème, qu'il fallait traiter très rapidement.
>
> Patrick Henry

> J'y ai été 5 ans quand même [en prison]. Donc j'avais fait un peu le tour et puis *je voulais exercer mes talents, ce que j'avais compris, car je suis un clinicien. Il y a une clinique de l'exclusion*. […] Je donne des cours hein sur la santé et l'exclusion. Et… j'ai décrit cette médecine, de même que j'ai décrit la médecine (inaudible). Je suis un clinicien, et j'ai voulu aller dans la clinique.
>
> Xavier Emmanuelli

Cet intérêt pour la dimension clinique de l'exclusion est bien visible dans les extraits qui précèdent. Emmanuelli explique être venu à Nanterre avant tout en raison de l'intérêt clinique, spécifiquement médical plutôt que social, qu'il nourrit pour le travail de soins auprès des exclus (annexe 2.2). On peut néanmoins penser que cet intérêt se construit pendant et après son passage Nanterre, plutôt qu'en amont de celui-ci, comme tend à le suggérer l'extrait : la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

plupart des ouvrages dans lesquels il « *décrit cette médecine* » de l'exclusion sont publiés après son expérience au CHAPSA (Emmanuelli 1994, 2002 ; Emmanuelli et Malabou 2009). Henry souligne que le regard clinique est une disposition qui lui permet de détecter, en amont de l'examen clinique, des affections, des troubles et des altérations chez ses patients. Il souligne l'acuité de ce regard en évoquant un taux particulièrement élevé d'intuitions diagnostiques justes – taux qui est néanmoins invérifiable et biaisé, les plus précaires étant davantage exposés à la maladie et ayant donc plus de chances d'être malades.

Au-delà de cette déclaration de principe quant à un intérêt clinique pour l'exclusion, d'autres éléments permettent de penser qu'il participe de la légitimation du travail déployé par les pionniers de Nanterre. L'intérêt clinique se retrouve en effet dans la recherche de descriptions précises des affections qui touchent les usagers du CHAPSA. Les pionniers de Nanterre accordent beaucoup d'importance à la dimension visuelle de l'exclusion et des pathologies associées. Ils appuient la défense de leur pratique en accumulant les photographies de lésions qu'ils ont à soigner. Dans l'extrait suivant, Henry relate le déroulement d'une conférence devant des membres d'Emmaüs pour parler de la consultation, peu de temps après sa création :

> Donc j'y vais, j'étais très impressionné, parce que c'était la première fois que j'allais parler devant des gens, sur ce sujet que je connaissais pas bien à l'époque hein, puisque j'étais là depuis très peu de temps. Enfin, ils avaient absolument besoin de mon témoignage, et j'avais quelques photos, que je pourrai vous montrer tout à l'heure si vous voulez ? **Avec plaisir oui.** Et j'avais quelques photos que j'ai montrées aux gens, ce qui a déclenché une crise d'épilepsie… **C'est vrai ?** Oui oui, pour de vrai. À chaque fois… maintenant, les gens sont blasés par ces photos-là. On les a pas beaucoup vues, parce que j'ai pas voulu les publier de trop, j'ai essayé de limiter un petit peu la publication, simplement pour pas renforcer la vision de l'exclusion, et pour ne pas créer le sentiment d'exclusion. Sinon ça fait peur aux gens, et du coup ils excluent. Donc les seules fois où je les ai passées, c'est soit à des gens comme vous, ou des médecins, ou des journaux médicaux. Et pourtant *Paris Match* m'avait offert très très cher pour leur donner mais je les ai pas vendues. Faut pas déconner quand même. Les gens que j'ai pris en photo ont accepté ces photos pour que ça serve, je leur ai dit : « *C'est pour montrer comment vous allez et comment, pourquoi il faudrait vous soigner quoi* ». Donc ils avaient accepté à ces conditions-là, moi j'allais pas vendre ça pour me faire de la thune, et pourtant c'était vachement intéressant la proposition, je me rappelle encore (rires).
>
> Patrick Henry

Henry choisit significativement de limiter la diffusion de ses photos à des cercles professionnels et scientifiques, refusant pour des raisons éthiques de les vendre. L'objectif est que « *ça serve* », et de montrer « *comment, et pourquoi* » il est nécessaire de développer la médecine de l'exclusion. À l'issue de l'entretien, Henry et moi oublions sa proposition de me montrer ses photos : sur le moment, ce point me semble surtout relever de l'anecdote, si ce n'est d'un intérêt d'Henry qui fait écho à son attrait pour l'étrange, le bizarre et le déviant – ou le *trash*. Ce n'est que plus tard, lorsque je relis l'ouvrage de Patrick Declerck réalisé à partir de ses observations à Nanterre et dans lequel se trouvent croquis et photos des patients de la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

consultation et de leurs lésions (annexes 2.3, 2.4, 2.5, 2.6), que je réalise mon erreur. Cela se confirme au cours de l'entretien avec Emmanuelli :

> Si vous allez au Samu [social], je vous donnerai un petit livre (inaudible), avec les photos de Patrick. Moi j'ai jamais osé prendre de photos… comment vous dire ? Pour des raisons un peu éthiques. Patrick, il est un peu… désinhibé (sourire). Non, parce qu'il s'est mis à distance, à grande distance. Parce qu'il avait pas mon passé… c'est un homme que j'estime et que j'aime beaucoup. C'est pas en dire du mal que de dire ça. Mais moi, je pensais pas que c'était ça qu'il fallait faire. Ceci dit, je profite de ses photos, vous voyez l'hypocrisie (rires).
>
> Xavier Emmanuelli

Le témoignage d'Emmanuelli est ambigu voire, comme il le suggère, « *hypocrite* ». S'il explique ne pas avoir pris de photos « *pour des raisons un peu éthiques* », il n'hésite pas à profiter de celles d'Henry, conscient de l'intérêt que celles-ci présentent. À la fin de l'entretien, alors que je l'interroge sur la prévalence du VIH parmi les patients qu'il a soignés à Nanterre, il me montre des photographies qu'il a sur son téléphone :

> **Est-ce que, quand vous étiez à Nanterre, vous avez retrouvé les problématiques du sida ?**
>
> Non. J'ai trouvé des problématiques d'alcoolisme, mais sida y'en avait pas là. La tuberculose. Des lésions du « *pied de tranchée* », des trucs comme ça. Je vais te montrer quelque chose. On a fini ? J'ai été bien non ?
>
> **Oui oui, de toute façon il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, l'objectif était de restituer votre vécu donc…**
>
> [*Il cherche dans son téléphone*] Je regarde si j'ai… oui, j'ai quelques photos, de Patrick hein… Declerck ? Henry. Tout seul, il était tout seul. Ah on lui a pas fait de cadeau au pauvre vieux. Vous permettez, vous avez encore deux minutes ? Oui oui, allez-y. Les voilà. Pas toutes hein. Regardez : elles sont rudes hein ? Quand on n'a pas de corps, qu'on ne se voit pas, c'est pas un baratin ce que je dis. Et puis quand l'institution veut pas vous voir… je vais vous en montrer d'autres (il fait défiler des photos). **Ah la vache…** Ok ? **Et vous saviez que vous alliez tomber là-dessus ?** Non. Ça, c'est un zona, un zona hyperalgique, ça fait un mal de chien. La fille a mal, mais elle ne sait pas où elle a mal et donc elle ne comprend pas sa douleur : pas de corps. Ça, c'est là où on s'est planté : c'est la syphilis. Ça c'est le gaz lacrymogène, c'est nos amis les flics. Ça c'est (inaudible), c'est l'effet du temps : « *Vous revenez dans un mois et demi ?* » : c'est quoi un mois et demi ? Ça, c'est la chaussette incrustée.
>
> Xavier Emmanuelli

Dans sa bande dessinée, Aude Massot décrit une anecdote proche : Emmanuelli présente cette fois les photos comme les siennes, et lui envoie par email un échantillon de celles-ci (voir annexe 2.7). Ces éléments suggèrent que les pionniers de Nanterre déploient une iconographie des pathologies de l'exclusion au service de la légitimation de leur travail : elle vise à souligner la nécessité d'adapter le regard clinique à un ensemble de situations qui sortent du contexte de soins ordinaire. À ce titre, Jacques Hassin se définit comme « clodologue » : « *De façon un petit peu ironique, moi je dis que je suis médecin généraliste, mais spécialisé en clodologie*[78] ». S'il

[78] La phrase est prononcée durant le premier entretien. Voir aussi : https://blog.entourage.social/2016/08/01/au-coeur-du-chapsa-avec-jacques-hassin-docteur-en-clodologie/, consulté le 10 mars 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

est le seul à revendiquer cette étiquette, elle traduit l'idée d'une spécialisation, largement informelle, du soin au CHAPSA, qui repose sur une spécificité du contexte de soin et des affections qui touchent ses usagers.

2. Les analyses cliniques de la désocialisation, source de légitimation professionnelle et publique

Cette iconographie, si elle vise à marquer les esprits, est néanmoins adossée à une production écrite importante, qui constitue la seconde modalité de description de l'intérêt clinique des situations d'exclusion. Comme on l'a vu précédemment, la médicalisation du CHAPSA se réalise *sans en avoir l'air*, Henry s'appuyant moins sur ses compétences spécifiquement médicales que sur des compétences en adéquation avec la prise en charge du vagabondage à l'époque – force, autorité, virilité. Mais si ces pratiques font sens et se révèlent efficaces auprès des usagers du CHAPSA, elles ne participent pas de la légitimation professionnelle de la consultation et des médecins qui y pratiquent. Pour se réaliser pleinement, la médicalisation doit passer par la traduction en phénomène médical d'une situation jusqu'alors interprétée en termes de déviance sociale (Conrad et Schneider 1992). Autrement dit, les pionniers de Nanterre doivent faire valoir des compétences cliniques et scientifiques, valorisées dans le champ médical, afin de proposer une lecture qui fasse du vagabondage le symptôme ou la cause d'une situation pathologique. Ces théories prolongent celle d'Alexandre Vexliard, qui est le premier à proposer une analyse de la « *désocialisation* » (1957). Il en fait un processus, et non une propriété psychopathologique, menant à un déni et un abandon du corps (Gardella 2014, p. 232). Comme Pichon le souligne néanmoins, cette approche tend à dépathologiser l'errance et fait de la désocialisation un processus réversible en restituant au clochard « *son caractère d'homme ordinaire* » (Pichon 2005 p. 76) ; elle est attachée à l'idée d'une humanité commune aux clochards et à celles et ceux qui les côtoient ou qui étudient les faits sociaux qui s'incarnent à travers eux (Joseph 2005). Si les tests auxquels Vexliard soumet ses enquêtés peuvent aujourd'hui paraitre « *absurdes* », « *grotesques* », voire inacceptables aux chercheurs en sciences sociales, il reste le premier en France à essayer de « *comprendre avec méthode les "causes" du vagabondage en s'intéressant aux personnes concernées* » (Gaboriau 1999 pp. 236-237).

Contrairement à l'analyse de Vexliard, les théories de la désocialisation qui sont développées dans les années 1980/1990 contribuent plus nettement à pathologiser le vagabondage. Deux acteurs y participent directement : Patrick Henry et Patrick Declerck. Ce dernier n'est pas médecin mais psychanalyste. Il soutient en 2001 une thèse d'anthropologie sous la direction de Michel Izard à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

C'est de cette thèse qu'est issu son ouvrage le plus connu, les *Naufragés*, publié chez Plon. Les matériaux qu'il y mobilise ont été obtenus lors d'une période d'observation en tant que consultant au CHAPSA entre 1988 et 1997, poste par le biais duquel il avait accès aux consultations de Patrick Henry. Les théories de la désocialisation élaborées par Henry et Declerck ont été finement analysées par Pascale Pichon (2005) et Édouard Gardella (2014a), qui montrent bien la traduction qu'ils proposent d'un phénomène social en phénomène médical. Chez Henry comme chez Declerck, la désocialisation est envisagée comme un processus de dégradation corporelle et psychique liée à la vie en rue. Néanmoins, comme le souligne Gardella :

> La comparaison entre Henry et Declerck démontre pourtant une différence cruciale quand on aborde la dimension politique du sans-abrisme, et plus particulièrement la temporalité de sa réponse qu'est la réactivité : pour Declerck, le problème est irréversible, au sens où les individus atteints par l'exclusion sociale étaient de toute façon déterminés, voire condamnés à le devenir. Chez Declerck, l'exclusion est une condition. Il n'y a donc, dans sa perspective, aucun sens à se rendre auprès des personnes à la rue, et moins encore à s'y rendre rapidement. Au contraire, pour Patrick Henry et les médecins qui prendront sa suite, le problème est réversible ; et c'est précisément parce qu'il est à la fois réversible et à évolution rapide, qu'il faut non seulement se rendre auprès de ces individus, mais que cette intervention se doit d'être rapide pour être efficace (Gardella 2014, p. 253).

Là où Henry, à partir d'un examen clinique approfondi et systématique, déploie une argumentation en faveur de la réactivité de l'action médico-sociale auprès des sans-domicile, Declerck, bien qu'il ne soit pas médecin, opère une forme d'hyperpathologisation du phénomène, fondée sur un registre psychanalytique qui justifie la réouverture d'asiles au sein desquels les sans-domicile pourront être aidés, soignés, nourris, sans espoir ou presque d'en sortir. Ces théories sont essentielles afin de comprendre la promptitude avec laquelle les situations des personnes sans-domicile tendent à être identifiées comme relevant d'une prise en charge médicale ou psychiatrique. Gardella montre qu'elles influent sur la « culture publique du sans-abrisme », que l'on peut définir comme l'ensemble des images véhiculées par le phénomène dans la sphère publique, à travers différents intermédiaires (médias, science, droit, etc.) (Gusfield 1981 ; Gardella 2014). Pour Gardella, c'est la théorie de la désocialisation de Patrick Henry qui s'affirme dans le champ de la prise en charge, précisément en raison de sa réversibilité, sans laquelle le travail des professionnels investis n'aurait pas de sens :

> Patrick Henry imagine un dispositif où la dimension temporelle de l'action et le caractère transversal de l'intervention (travail social, aide caritative, soins médicaux) sont décisifs. Au ciblage d'un dispositif spécifique pour remédier à la situation sanitaire des vagabonds, il adjoint la dimension technique et professionnelle, explicitement distinguée de l'action caritative, et un critère temporel pour l'action. […] Patrick Henry invente l'urgence médico-sociale sans trop s'en rendre compte (Gardella 2014, p. 268).

Autrement dit, l'influence de la théorie de la désocialisation de Patrick Henry et du regard médical qu'il porte sur l'état de santé des personnes sans-abri, est repérable dans la structuration de l'urgence sociale, qui s'amorce moins d'une dizaine d'années après la rédaction

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de sa thèse. En effet, la réversibilité effective du processus de désocialisation a une condition : la réactivité et la rapidité de l'action sociale, afin d'enrayer ce processus. Cette perspective influencera directement la création du Samu social de Paris, dispositif emblématique d'une réactivité accrue des interventions auprès des personnes sans-abri.

Tous champs considérés pourtant, c'est la théorie de Declerck qui est la plus connue : édité dans une collection très visible, « Terres humaines » chez Plon, fréquemment discuté et critiqué par les sociologues (Damon 2002a ; Soutrenon 2005, 2006 ; Pichon 2005), intégré à la bibliographie de l'agrégation de sciences sociales entre 2012 et 2014 (Gardella 2014a) et tout récemment objet d'une adaptation théâtrale[79], les *Naufragés* incarne l'archétype d'un ouvrage dont l'écriture, empruntant à divers styles littéraires – romanesque et sensationnaliste, avec la mise en scène de soi dont fait preuve Declerck en se faisant passer pour un clochard – lui assure sa visibilité. Son cadre initial de rédaction, une thèse d'anthropologie, ne manque pas non plus de lui assurer une certaine légitimité. Dans l'ouvrage, le recours à un vocabulaire complexe mêlant description clinique et jargon psychanalytique contribue à « faire science » et ainsi à gagner en autorité. Plus généralement, Pascale Pichon souligne que son succès de librairie « *est particulièrement significatif de la migration conceptuelle de la désocialisation du champ sociologique vers le champ psychanalytique* » (Pichon 2005). De fait, cette « migration » est empiriquement observable à travers les références qu'y font de nombreux travailleurs sociaux et d'autres professionnels de l'exclusion, et qui témoignent de sa diffusion au sein du système professionnel de prise en charge. De façon archétypique, un maraudeur a par exemple sollicité mon avis sur l'ouvrage de Declerck et, sans même attendre la réponse, asséné qu'« *il a raison* » à propos de la réouverture des asiles, évoquant l'exemple de personnes incarnant parfaitement la figure du clochard et pour lesquelles il n'y aurait plus grand-chose à espérer ou à faire.

Declerck n'est pas le seul à avoir contribué à la diffusion de représentations pathologisantes et psychologisantes sur les personnes sans-domicile. En effet, une dizaine d'ouvrages sont publiés au cours des années 2000, qui proposent des théorisations plutôt complémentaires que concurrentes des affections somatiques et psychiques qui touchent cette population. Xavier Emmanuelli est l'un des principaux promoteurs de ces théories. Deux de ses ouvrages y sont consacrés, à 15 ans d'intervalle : *Dernier avis avant la fin du monde* (1994) et *La grande exclusion*, coécrit avec Catherine Malabou (2009). La réflexion est plus poussée dans ce second ouvrage, sous-titré *L'urgence sociale, symptômes et thérapeutique*. Les auteurs y dressent une symptomatique de l'exclusion, laquelle doit être envisagée dans son traitement comme un problème d'ordre médical plutôt que social. Paradoxalement, c'est au nom de l'urgence qu'il convient de donner du temps aux grands exclus. Ces derniers incarnent le stade

[79] Voir en ligne : https://www.theatre-contemporain.net/spectacles/Les-Naufrages-Avec-les-clochards-de-Paris/, consulté le 9 février 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

le plus avancé de dégradation du lien social, en aval de la précarité et de la marginalité, les auteurs rejetant une lecture matérialiste de la pauvreté : en élaborant l'idée que les grands exclus développent un rapport pathologique à l'espace, au temps, à leur corps et aux autres, Emmanuelli et Malabou inscrivent nettement la grande exclusion dans un registre de pratiques médicales. On retrouve Emmanuelli dans deux autres ouvrages qui tendent également à proposer une symptomatique de l'exclusion, le fondateur du Samu social en rédigeant la préface. Il s'agit des livres d'Alain Mercuel et de Sylvie Quesemand Zucca. Tous les deux sont psychiatres, et tous deux ont gravité autour du CHAPSA et du Samu social dans les années 1990 : Mercuel a rapidement noué des liens avec Henry, Emmanuelli, et Hassin, tandis qu'il était psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne et créait les premières équipes psychiatriques de rue, tandis que Quesemand Zucca participe aux maraudes du Samu social, connaissant Emmanuelli par des liens interpersonnels familiaux. Mercuel développe une réflexion sur la souffrance psychique des personnes sans-domicile et sur les modalités de leur prise en charge (Mercuel 2012). Quesemand Zucca propose quant à elle une nouvelle théorie clinique de la désocialisation en décrivant le processus « d*'asphaltisation* », qui renvoie métaphoriquement à l'ancrage physique et psychique des sans-domicile dans l'asphalte du bitume (Quesemand Zucca 2007). Patrick Henry participe également à ce mouvement, en publiant seul ou avec Marie-Pierre Borde, qui a été infirmière à la consultation du CHAPSA et qui a été sa femme, des ouvrages plus ou moins romancés qui évoquent leurs parcours et des pratiques du soin de ceux qu'il appelle encore les « clodos » au cours de l'entretien (Henry et Borde 1997 ; Henry 1998).

Certains parmi les auteurs de ces ouvrages (Emmanuelli, Mercuel, Hassin) enseignent, le plus souvent dans le cadre de diplômes universitaires destinés à des professionnels en formation continue. Ils participent en cela de la diffusion de représentations médicalisantes dans la culture publique du sans-abrisme. Si Gardella souligne une distinction entre les diverses approches cliniques, et montre que la lecture proposée par Declerck n'a pas prévalu dans la structuration de l'urgence sociale, il n'est reste pas moins que l'on observe nettement ce qu'Emmanuel Soutrenon a identifié comme « *une communauté de vue* » entre les personnes dont les ouvrages ont été évoqués précédemment (Soutrenon 2005). Comme on l'a montré jusqu'ici, cette « *communauté de vue* » est elle-même fondée sur l'interconnaissance, des affinités plus ou moins marquées, et un investissement précoce sur la question SDF. De sorte que la distinction qu'opère Gardella n'est sensible qu'à travers une lecture attentive, à laquelle les chercheurs en sciences sociales apparaissent davantage disposés qu'une partie des praticiens du secteur[80] – ceux qui ne sont pas professionnels de santé – ou que des personnes extérieures

[80] Par ailleurs, en raison de leur diffusion, ce sont les travaux de Declerck, et non ceux de Henry, qui sont les plus connus et les plus cités par ces professionnels, y compris sur les terrains d'enquête de Gardella.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

au champ. De sorte qu'il nous semble que pour ce qui est des dimensions ayant trait à la pathologisation du phénomène, la « *communauté de vue* » prime sur sa diversité.

On peut finalement évoquer le cas de Jacques Hassin. Il déploie lui aussi un travail de légitimation, moins centré sur la pathologisation du phénomène que sur la pluridisciplinarité de sa prise en charge. Dans sa thèse, il développe une réflexion autour de la prise en charge adéquate de la question SDF (Hassin 1996). Trois interrogations guident sa réflexion : une première sur la pratique médicale, une seconde sur l'errance, une troisième sur la prise en charge médico-sociale telle qu'elle se développe à Nanterre. Hassin mêle des références théoriques très hétérogènes, qui vont de la sociologie interactionniste à l'épidémiologie en passant par l'anthropologie fonctionnaliste, la psychologie sociale ou la philosophie politique. Cette thèse est réalisée sous la direction du sociologue Michel Maffesoli[81] et soutenue en 1996. Il explique :

> Moi je dis que c'est une thèse de sociologie parce que Michel Maffesoli m'y autorise, c'est en fait dans le cadre d'un doctorat en sciences mention éthique et biologie.
>
> Jacques Hassin, 1er entretien

Hassin souligne ici une ambigüité (qui se retrouvera de façon exacerbée lors de l'affaire Teissier, voir note de bas de page) : en tant que directeur de sa thèse, Maffesoli est supposé en garantir la dimension sociologique, alors que le rattachement disciplinaire de ce travail est celui de l'éthique médicale et biologique[82]. La composition du jury souligne que la thèse d'Hassin s'inscrit en effet dans ce champ, et participe d'une stratégie de légitimation professionnelle au sein de celui-ci : à l'exception d'un philosophe (Éric Blondel), tous les membres sont des médecins et entretiennent un rapport étroit avec les différents sous-champs de la médecine sociale. Antoine Lazarus est professeur émérite en santé publique et médecine sociale et il a été médecin à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis ; Yves Pélicier est psychiatre et professeur de

[81] M. Maffesoli et ses travaux ont fait l'objet de controverses dans le champ académique français. La plus connue tient à la caution scientifique qu'il a fournie à la thèse d'Elizabeth Teissier sur l'astrologie : en 2001, Maffesoli ayant accepté d'encadrer sa thèse, Teissier s'est vu octroyer le grade de docteure en sociologie. Pour un récit détaillé de cet épisode, on renvoie aux pages Wikipedia de Michel Maffesoli et Elizabeth Teissier, qui fournissent un bon résumé de l'affaire et renvoient vers de nombreuses sources de l'époque. Pour une évaluation extérieure du travail de Teissier concluant à la non-scientificité de sa thèse, voir le rapport rédigé par des sociologues, astrophysiciens et un philosophe, disponible en ligne : http://www.homme-moderne.org/societe/socio/teissier/analyse/, consulté le 10 février 2019. Plus récemment, la sociologie « maffesolienne » a été exposée par le biais d'un canular qui consistait à soumettre un article créé de toutes pièces à la revue Sociétés, dont M. Maffesoli est le fondateur et directeur. Cet article a effectivement été accepté en dépit du raisonnement pour le moins abscons de l'argumentation, et son absence de méthodologie. Pour des éléments sur ce canular, voir les récits et analyses disponibles sur le site de la revue Zilsel : https://zilsel.hypotheses.org/category/canular, consulté le 10 février 2019.

[82] Si Hassin explique dans l'entretien adhérer aux idées développées par Maffesoli sur la postmodernité, il précise : « *il m'a fait l'outrage de trouver un faux prétexte pour ne pas venir à ma soutenance. Pour ma thèse, la seule fois où je l'ai rencontré, il m'a dit : "Vous m'avez pas beaucoup cité"… J'ai cité TOUS les bouquins qu'il avait publiés. Et je suis donc bien placé pour savoir qu'aujourd'hui, il les recycle avec une autre couverture chez un autre éditeur, c'est pitoyable* ».

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

psychiatrie, et cofondateur du DEA d'éthique biomédicale qu'a suivi Hassin avant sa thèse. Christian Hervé est l'autre cofondateur de ce DEA, et également membre du jury – Hassin le présente comme un ami de 40 ans ; Claude Hamonet est professeur des universités en médecine et titulaire de divers diplômes, notamment en médecine du travail, en rééducation et réadaptation fonctionnelle, ainsi que d'un doctorat en anthropologie ; enfin, Xavier Emmanuelli complète le jury. Là où les autres médecins de Nanterre légitiment leur approche du soin des sans-domicile par une analyse proprement clinique, Hassin s'inscrit dans une stratégie fondée sur l'accumulation de ressources hybrides et l'investissement du champ académique. Hassin est ainsi à l'origine de l'Institut de la précarité et de l'exclusion, structure de recherche et de formation adossée à l'Université Paris Ouest Nanterre. Bien que récent, cet effort s'inscrit lui aussi dans une promotion de la prise en charge pluridisciplinaire, en cherchant à adosser celle-ci à un savoir académique à même de légitimer cette approche (Freidson 1970b).

3. Des trajectoires qui oscillent entre champ étatique et champ médico-social

L'analyse des modalités d'engagement d'Henry, Hassin et Emmanuelli à Nanterre a permis de restituer comment la consultation du CHAPSA passe d'une structure relativement anonyme et discrète à l'un des principaux lieux où s'opère la médicalisation de la prise en charge des sans-domicile. L'évocation de la poursuite des trajectoires professionnelles de ces acteurs permet d'expliciter le positionnement de la juridiction dans l'espace social, à l'interface d'une prise en charge sanitaire et sociale. Un trait commun à ces trois protagonistes, particulièrement significatif, est qu'ils cessent progressivement de pratiquer la médecine, pour occuper des postes où leur expertise est valorisée. Elle se déploie en différents endroits ou dispositifs, qui ont néanmoins en commun d'être étroitement liés à l'État : en somme, si le travail de légitimation déployé par les pionniers de Nanterre se réalise auprès des auditoires professionnels et publics sur le mode de l'analyse clinique, elle contribue *in fine* à inscrire la juridiction dans le champ de la médecine sociale.

Après son départ de Nanterre, Patrick Henry cesse définitivement la pratique médicale, témoignant d'un rapport *contrarié* à la médecine, déjà observable à travers sa trajectoire sinueuse dans le champ médical. Il convertit son expérience nanterroise, son statut et les titres qui y sont associés, en expertise. S'il continue de travailler sur la question SDF, il s'inscrit dans un segment périphérique de la prise en charge, avec lequel il est néanmoins déjà familier : c'est en effet au sein de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) qu'il poursuit sa carrière. Ce tournant professionnel a lieu en 1992, à un moment où la régie de transports publics cherche des solutions à la présence de personnes sans-domicile dans les stations de métro. Henry

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

explique le rôle qu'il a alors joué pour la RATP lors d'une réunion où sont présents le procureur de Paris et des représentants de la police :

> Quand c'est arrivé à mon tour de parler, moi tout à fait sincèrement, je leur ai dit « *écoutez, ce qu'il faut, c'est qu'ils sortent du métro ces mecs* ». Je pouvais pas dire mieux. Vous voyez : c'est la même chose qu'avec le directeur qui m'avait autorisé à monter la consultation à Nanterre, c'est exactement le même truc. C'est-à-dire que la RATP n'en veut pas, et c'est pas parce qu'ils veulent qu'ils se soignent. La RATP, en tant qu'institution, n'en a rien à foutre. La RATP, c'est un but commercial : faut pas qu'il y ait de mecs qui trainent dans le métro parce que ça fait sale, parce que les voyageurs se plaignent, etc. la santé ils s'en foutent. Et en même temps, il faut bien un prétexte, une excuse, une image, une représentation enfin, oui un machin. Et moi tout à fait honnêtement, je leur ai dit, « *faut qu'ils sortent* ».
>
> Patrick Henry

Henry se montre bien conscient des visées de la RATP vis-à-vis du phénomène d'occupation des stations de métro par les sans-domicile. Elles sont d'ordre sécuritaire et plus indirectement commercial, très loin des considérations sur la santé des sans-domicile. Le parallèle qu'il dessine avec l'hôpital de Nanterre est significatif : dans les deux cas, le problème posé par les sans-domicile n'est pas initialement d'ordre sanitaire. Mais dans les deux cas, Henry apporte une solution, ou du moins une justification médicale :

> J'avais remarqué, là encore sans faire d'étude avec une méthodologie précise, que les mecs qu'on m'amenait qui venaient du métro étaient beaucoup, beaucoup plus abimés que les autres, mais vraiment, considérablement plus. Aussi bien au plan psychique qu'au plan somatique. Alors au plan psychique c'était pas forcément de la maladie mentale à proprement parler, mais c'était une sorte, j'allais dire (pause, soupir) … de liquéfaction de l'esprit, je sais pas comment dire, v'voyez, c'est un truc où vraiment on avait l'impression que les mecs, ils pensaient plus quoi. Et physiquement, parfois des cas totalement dramatiques […]. Donc moi j'étais dans la position de dire « *il faut qu'ils sortent du métro, il faut qu'on les soigne* » : ah ! Pain béni ! Woaaaa, « *on a une caution médicale, génial, il est génial ce toubib, il est formidable !* »
>
> Patrick Henry

Henry est très lucide sur le rôle qu'il joue pour la RATP, celui de « *caution médicale* ». S'appuyant sur un regard clinique façonné par son expérience à Nanterre, il compense une imprécision méthodologique – on se souvient qu'Henry se définit comme « *très mauvais scientifique mais excellent clinicien* » –, mais il apporte une légitimité à l'intervention de la RATP, qui l'embauche à l'issue de cet épisode. Il explique cette fois être choqué par la violence et les humiliations commises par les agents de la RATP, qu'il compare aux « *flics* ». Il contribue à faire évoluer leurs pratiques en incitant à la création de dispositifs d'accueil et d'assistance. Emmanuel Soutrenon, qui a étudié le travail opéré par les agents préposés aux personnes sans-domicile dans le métro à la fin des années 1990, montre que sous couvert de principes assistanciels et à l'appui des théories cliniques de la « *désocialisation* » et de l'« *asphaltisation* », la RATP met en œuvre un travail de remédiation à un trouble à l'ordre public, lui-même à l'origine d'un sentiment d'insécurité des usagers du métro. Au motif qu'ils *s'en sortent* – de la rue –, il faut qu'ils *en sortent* – du métro (Soutrenon 2001). Le travail de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Soutrenon a été très mal reçu par Henry. S'il l'évoque pas nommément au cours de notre entretien, il propose à plusieurs reprises de consulter non pas sa retranscription, mais son analyse afin de corriger d'éventuelles « *erreurs d'interprétations* » en soulignant que par le passé, des sociologues avaient pu commettre de telles erreurs. On peut également ajouter avec son accord, qu'Édouard Gardella s'est vu opposer une fin de non-recevoir par Henry à sa demande d'observation du travail des agents de la RATP.

L'entrée à la RATP de Patrick Henry, si elle est justifiée par ses compétences de médecin, marque paradoxalement sa sortie du champ médical. Au moment où je le rencontre, il occupe le même poste qu'à ses débuts, celui de *Chargé de la mission de lutte contre la grande exclusion* et parait attendre avec impatience sa retraite, quelques mois plus tard. Il continue en revanche à participer aux évolutions de la prise en charge des sans-domicile et à faire valoir son expertise, en siégeant durant onze ans (1999-2010) au conseil de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), en tant que « *personne qualifiée ayant concouru ou concourant par [son] action à l'insertion et à la lutte contre les exclusions* ». Il y côtoie notamment Hélène Strohl-Maffesoli, qui y siège entre 2002 et 2006, mais aussi Jacques Lebas ou encore Christian Hervé, autant de personnes investies, au cours des années 1980-1990, dans les problématiques d'accès aux soins des populations pauvres et exclues[83]. Il explique aussi avoir échangé avec plusieurs ministres et secrétaires d'État au cours des années 2000, rappelle qu'Emmanuelli lui a attribué la Légion d'honneur, que le Premier ministre Dominique de Villepin l'a invité au nom du Président Jacques Chirac à un déplacement présidentiel en Inde, et qu'il a été sollicité durant l'hiver 2007-2008 pour prendre la tête de la cellule de crise instaurée par Catherine Vautrin et Jean-Michel Borloo lors de l'épisode des tentes installées le long du Canal Saint-Martin. En mettant ainsi en avant la reconnaissance dont il a fait l'objet pour son travail à Nanterre, Henry illustre son passage du champ médical vers le champ socioadministratif, la juridiction de la prise en charge des sans-domicile assurant une passerelle. De la sorte, au cours de sa carrière ses compétences médicales hybrides ne cessent de faire l'objet d'un travail de reconversion, qui lui permet de légitimer ses prises de position dans différents espaces.

Le cas de Xavier Emmanuelli, plus connu, est emblématique d'une inscription à la limite des champs étatique et médical. En effet, il quitte Nanterre pour entrer au gouvernement du Premier ministre Alain Juppé en 1995. C'est fort de son alliance avec Jacques Chirac qu'il obtient le poste de secrétaire d'État attaché à l'urgence humanitaire, qui sonne comme une

[83] Pour rappel : Hélène Strohl-Maffesoli est inspectrice à l'IGAS et coauteure du rapport Revol-Strohl en 1987, puis Strohl-Lazarus en 1996 ; Jacques Lebas a travaillé au sein de la consultation de la rue du Jura de MDM, et a créé les premières « consultations précarité » dans les hôpitaux parisiens ; enfin Christian Hervé crée le DEA d'éthique médicale suivi par Jacques Hassin, et fait partie du jury de thèse de ce dernier.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

revanche pour lui : on se souvient qu'il explique par ailleurs avoir critiqué ce poste lorsque son rival Bernard Kouchner l'occupait. Il n'est pas dupe de la portée symbolique de sa nomination :

> Le thème c'était « *la fracture sociale* ». Je n'étais plus de gauche. J'étais pas de droite non plus. Qui peut nous aider ? Fracture sociale : Emmanuelli. Et moi j'étais le pape à MSF. Je faisais ce que je voulais.
>
> Xavier Emmanuelli

Auréolé d'un parcours particulièrement riche et constamment investi dans des causes très visibles mais peu politisées, sa nomination est un indice emblématique de l'influence croissante de la « *raison humanitaire* » (Fassin 2010). Estampillée « société civile » – la plus respectable en sa qualité de médecin –, cette nomination participe d'un mouvement qui n'aura de cesse de s'amplifier dans les décennies qui suivent, jusqu'à s'imposer comme mot d'ordre selon une logique affichée de représentativité démocratique. En incarnant le dépassement des clivages partisans traditionnels – « *je n''étais plus de gauche. J'étais pas de droite non plus* » – bien qu'il se définisse désormais comme « *de droite* », il incarne l'archétype de la figure politique consensuelle. Cette expérience est de courte durée, et en partie frustrante :

> Je pensais que j'allais pouvoir travailler. Quand vous êtes au gouvernement, vous pensez… faire la révolution. Ou faire bouger les choses quoi. Mais quand vous gagnez une fourmi de mètre [?] vous êtes content, car c'est dur à bouger. […] La seule chose que j'ai pu faire, c'est créer un numéro d'appel, le 115 par analogie au 15, interdire les mines antipersonnel, créer des centres d'hébergement… les maisons-relais : ça s'appelle comme ça, moi je les appelais les pensions de famille.
>
> Xavier Emmanuelli

Emmanuelli quitte le gouvernement en 1997, suite à la dissolution de l'Assemblée Nationale. Nommé en 1998 à l'hôpital Esquirol à Paris, il crée le Réseau national souffrance psychique et précarité, à partir de son expérience nanterroise. Emmanuelli crée et dirige en 1998 le Samu social international, fédération visant à reproduire le modèle du Samu social dans des contextes étrangers. Il continue par ailleurs à diriger le Samu social jusqu'en 2011. Parallèlement, il est nommé à la tête du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD), créé en 1992 à la demande de l'Abbé Pierre (Brodiez-Dolino 2008 ; Houard 2012). Ces différentes expériences témoignent bien de deux éléments : à l'échelle individuelle, Emmanuelli poursuit sa trajectoire dans le secteur de la prise en charge médico-sociale des sans-domicile, comme Henry, bien qu'il y occupe une position nettement plus centrale ; à l'échelle structurelle, sa circulation au sein de diverses institutions sociales, sanitaires et politiques, témoigne de la stabilisation de la juridiction à la croisée de ces différents champs.

La trajectoire de Jacques Hassin confirme cette idée. À partir du moment où il intègre le CHAPSA en 1995, il ne le quitte plus, mais œuvre à son développement. Des trois pionniers

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

dont on a restitué la trajectoire, il apparait pourtant le moins prédisposé à se consacrer au soin des pauvres – « *on pourrait raconter des tas de belles histoires, dire que j'ai voulu sauver mon âme, etc., c'est pas vraiment ça* ». On l'a vu : son investissement est plutôt le produit d'une bifurcation biographique ayant pour origine une faute professionnelle dont il est jugé « responsable mais pas coupable », qui mène à son déclassement symbolique dans le champ médical. Toutefois, en contribuant à la reconnaissance et à l'institutionnalisation du secours médical aux sans-abri, Hassin en tire profit en retour. Il en est très conscient, soulignant la différence entre le moment où il assure l'intérim entre Henry et Emmanuelli, en 1992, et celui où il est nommé à la tête de la consultation, en 1995 :

> On m'a dit, « *un réanimateur pour s'occuper des clochards, quand même…* ». C'était pas du tout noble ! Et puis il s'est trouvé que, après, ça avait fait deux ministres quand même : Emmanuelli, Versini… et là j'ai dû me battre pour prendre à plein temps cette consultation. *C'est vrai que les pauvres m'ont apporté beaucoup de choses : j'ai fait une carrière. J'ai eu des décorations, j'ai eu une reconnaissance sur cette question-là*. Quand, avec Versini, on faisait les préfectures, on se déplaçait quand elle était ministre, elle avait la gentillesse de me présenter comme le médecin qui connait le mieux les questions sociales. C'était bien pour mon ego, encore une fois, je le dis trivialement : j'avais pas vocation à endosser la cape de l'Abbé Pierre, pas du tout.
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

Cet extrait permet d'expliquer plusieurs choses. D'abord, le changement de regard sur la médecine des clochards qui s'opère en quelques années seulement. Synonyme d'un déclassement symbolique très net en 1992, Hassin décrit la concurrence à laquelle il fait face en 1995 pour diriger à plein temps la consultation. Ces quelques années correspondent à l'arrivée à Nanterre de Xavier Emmanuelli, puis à son départ en tant que secrétaire d'État, qui contribuent à donner à la consultation de Nanterre, et plus largement au soin des pauvres, leurs lettres de noblesse. Dans ce laps de temps, le vagabondage puis la mendicité sont officiellement décriminalisés, le Samu social est créé ainsi que les premiers lits infirmiers, signe d'une transition qui s'achève, avec l'inscription définitive de la prise en charge dans le paradigme assistanciel. Ensuite, la reconnaissance qu'il évoque en étant présenté en tant que « *médecin qui connait le mieux les questions sociales* » : si ce titre n'est pas tout à fait usurpé au regard de son parcours, il s'obtient aux dépens d'autres, Patrick Henry en premier lieu. De façon générale, les relations actuelles entre les pionniers de Nanterre se sont dégradées, chacun y allant de sa petite pique et cherchant à obtenir les rétributions symboliques associées à la consultation de Nanterre. Enfin, Hassin explique avoir « *fait carrière* » grâce aux pauvres. Cet investissement l'amène à côtoyer différentes personnalités politiques, en particulier « *deux ministres* », Xavier Emmanuelli et Dominique Versini (voir encadré 2.3).

Encadré 2.3 : la trajectoire socioprofessionnelle de Dominique Versini

Née en 1954, proche d'Emmanuelli, diplômée de l'IEP de Paris, Dominique Versini travaille pour le laboratoire pharmaceutique Servier avant de diriger le Samu social, qu'elle contribue à fonder en 1995.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

En 2002, elle intègre le gouvernement Raffarin en tant que secrétaire d'État chargée de la Lutte contre la précarité et l'exclusion, avant d'être nommée Défenseure des enfants en 2006, un poste qu'elle occupe jusqu'en 2011. Elle s'engage parallèlement dans une carrière d'élue, d'abord au conseil régional d'Ile-de-France sur une liste de l'Union pour un mouvement populaire (UMP) en 2004, puis au conseil municipal de Paris sur la liste du Parti socialiste (PS) en 2014. Versini témoigne ainsi, comme Emmanuelli dont elle s'éloigne en acceptant le poste de secrétaire d'État en 2002, d'une capacité à circuler dans les champs médical, social et politique ; sa formation la prédispose davantage qu'Emmanuelli à ce dernier, au sein duquel elle s'inscrit plus durablement. Dominique Versini est une figure importante de la professionnalisation de la prise en charge : elle commande le rapport Parquet (2003), qui est à l'origine de l'institutionnalisation des lits-halte-soins-santé, et préfigure les équipes mobiles psychiatrie-précarité ; elle instaure aussi le plan d'urgence hivernale, à l'origine des dispositifs de veille saisonnière.

Hassin joue un rôle important dans la formation de la juridiction de la prise en charge médico-psycho-sociale des sans-domicile. Il poursuit sa carrière à Nanterre, où il dirige la consultation médicale, et aujourd'hui le CASH. Au cours de cette période, il occupe diverses fonctions liées à la juridiction de la prise en charge : il participe à la création de l'Observatoire scientifique du Samu social de Paris et assure des astreintes et des vacations médicales pour les Samu sociaux de Paris et des Hauts-de-Seine – il devient médecin-référent de ce dernier en 1998. Deux éléments ressortent nettement de sa trajectoire et apparaissent étroitement liés : ses progressives prises de responsabilités politico-administratives, d'une part, et son influence dans la restructuration des dispositifs nanterrois, d'autre part. À partir de 1998 en effet, il est nommé par la préfecture des Hauts-de-Seine au sein de la conférence régionale de santé d'Ile-de-France. La même année, il est élu président de la Commission médicale d'établissement (CME) de Nanterre ; l'année suivante, il est délégué pour les Hauts-de-Seine de la conférence régionale des présidents de CME, et secrétaire national adjoint de la conférence nationale des présidents de CME. Il explique :

> Au départ, du temps de Patrick Henry, y'avait une infirmière, Patrick Henry, des sacs de sable autour… rapport aux surveillants de la Préfecture de Police qui tabassaient les gens. C'était une horreur ; et ça s'est fait petit à petit, à force de pleurer. J'ai été président de la commission médicale d'établissement, donc si je puis dire mon poids politique au sein de l'établissement a fait que j'ai pu augmenter un petit peu les dotations.
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

Ce « *poids politique* » se renforce encore quand il devient conseiller de Dominique Versini de 2002 à 2003. Tous deux participent de l'institution des lits-halte soins santé (LHSS). Hassin retourne à Nanterre à l'issue de cette incursion dans le champ politique, en tant que chef du service hospitalier de liaison sanitaire et sociale au CASH. Il œuvre au rapprochement des services médicaux, médico-sociaux et sociaux en créant notamment un « *pôle accueil-orientation sociale et médicale* », dont il est médecin-chef. Hassin met ainsi en pratique l'approche qu'il a théorisée dans sa thèse. Au sein de ce pôle se trouvent désormais, en plus du CASH et de sa consultation médicale, des LHSS, une résidence sociale, un accueil de jour, une plate-forme d'évaluation sociale, médicale et psychiatrique, ainsi qu'un centre d'hébergement

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

et de réinsertion à caractère médico-social (CHRMS). Ce dernier dispositif est d'ordre expérimental et témoigne bien de l'évolution de la Maison de Nanterre : jadis institution de répression du vagabondage, elle s'est affirmée comme l'un des principaux lieux de professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile. Finalement, c'est peut-être Hassin qui synthétise le mieux son propre parcours, et l'influence des médecins nanterrois sur la juridiction de la prise en charge contemporaine des sans-domicile :

> Moi j'étais un petit anesthésiste et j'ai fini par monter. Au départ, y'avait une consultation une baraque, un « Algeco » dans la cour, du temps d'Emmanuelli. Ensuite, je suis désolé de dire « je » mais… avec un cadre de santé, j'ai monté d'abord un service hospitalier de liaison sanitaire et sociale, ensuite un pôle de médecine sociale, maintenant un pôle d'accueil et d'orientation sociale et médicale, où il y a donc un directeur qui est directeur de pôle et moi qui suis chef de pôle, donc il y a vraiment une gouvernance sanitaire et sociale. Malheureusement j'ai du mal à trouver un successeur. Je veux pas de quelqu'un qui veut faire sa carrière parce que voilà… Honnêtement ça m'a rapporté beaucoup, les pauvres : en tant qu'ego, mais aussi en tant que reconnaissance, en tant que, comment je vais dire ça… « précurseur », on peut le dire puisque le Samu social c'est 1993. Précurseur dans cette question du médico-social au niveau d'Ile de France, mais pas que…
>
> Jacques Hassin, 2ème entretien

Hassin et les autres médecins de Nanterre ont effectivement joué un rôle précurseur dans le système de prise en charge des sans-domicile. S'ils n'ont pas été les seuls à initier des consultations médicales à destination de cette population, la centralité parisienne, leur inscription au sein de réseaux d'influence, ou encore l'investissement personnel d'une figure comme celle de Xavier Emmanuelli, ont joué sur la publicisation de leurs initiatives et ont influé sur la professionnalisation de la prise en charge. Leur circulation d'un champ à l'autre et plus précisément leur accès au champ étatique, contribue à stabiliser la juridiction au croisement de la médecine et de l'intervention sociale.

II. Question sociale et question psy : « fausses évidences » et vrais débats

L'essentiel des analyses et des pratiques des pionniers de Nanterre porte sur les dimensions somatiques de la santé des sans-domicile. Dans leurs travaux néanmoins, les théoriciens de la désocialisation ont parfois été amenés à évoquer celle-ci à travers un prisme psychologisant ou psychanalysant (Pichon 2005). Plusieurs travaux ont relevé les analyses quasi caricaturales et à la limite de l'obscène de Patrick Declerck, lorsqu'il formule ses analyses sur l'origine « *prélangagière de la vie du sujet jusqu'à, et y compris, sa vie intra-utérine* », ou un « *trouble de la forclusion anale* » justifiant le « *laisser-aller sphinctérien littéral autant que symbolique* » des clochards (Declerck 2001, p. 310), supposés caractériser et expliquer la dégradation physique des sans-domicile, et leur peu de préoccupation hygiénique. Plus

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

ponctuellement, Henry souligne que la prévalence des troubles psychiques lui parait élevée parmi les usagers de la consultation, tandis qu'Emmanuelli développe une théorie sur le « *syndrome de l'exclusion* », qui se caractérise par un rapport dégradé au temps, au corps, à l'espace et aux autres (Emmanuelli et Malabou 2009). Ces esquisses d'analyse témoignent en réalité d'une préoccupation autour de la santé mentale des sans-domicile, qui prend de l'ampleur au tournant des années 1990. Les personnes vivant dans la rue sont alors communément étiquetées et stigmatisées – plutôt que formellement diagnostiquées – comme folles, du fait de comportements déviants dans l'espace public. Cette préoccupation croissante se traduit d'abord par des débats[84] autour de la santé mentale des exclus et plus particulièrement des sans-domicile (1). Mais ces débats eux-mêmes résultent en réalité de la mise au jour d'une nouvelle forme de trouble qui contribue à relier la question sociale et la question psy sans relever de la pathologie psychiatrique : la souffrance psychique (2).

1. Tous fous ? Les débats autour de la prévalence des troubles psychiatriques au sein de la population sans-domicile

Dans l'introduction de cette thèse, on a rappelé qu'au tournant des années 2010, les problématiques de santé des personnes sans-domicile, sont (re)mises à l'agenda politique (Orain et Chambaud 2008 ; Laporte et Chauvin 2010 ; Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010). L'enquête Samenta – *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* –, portée conjointement par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'INSERM (Laporte et Chauvin 2010b) à la demande de la Préfecture et de la Mairie de Paris en est le meilleur exemple. L'enquête est commandée à l'issue de la mobilisation des Enfants du Canal, qui contribue à la remise à l'agenda de la question SDF. Au-delà de ces éléments déjà soulignés, d'autres méritent une attention particulière. Si, fondamentalement, l'enquête constitue en premier lieu un enjeu de connaissance susceptible d'améliorer la prise en charge, elle s'inscrit dans des débats autour de la psychologisation, la psychiatrisation et la médicalisation de la question SDF. Les auteurs de l'enquête Samenta ont d'ailleurs conscience de l'enjeu que revêt leur étude, comme en témoigne l'introduction du rapport, dans laquelle ils explicitent leur posture par rapport à ces débats :

[84] On parle de débats plutôt que d'une controverse dans la mesure où la sociologie des controverses désigne un mode d'analyse original, avec ses méthodes propres, d'un objet donné. En l'occurrence, la controverse autour de la santé mentale des sans-domicile nous semble pouvoir faire l'objet d'une thèse à elle seule, qui à notre connaissance, n'existe pas encore dans le champ académique français, même si plusieurs travaux, thèses et articles, ont en partie abordé la question et sont mobilisés ici (Bresson 2003 ; Poirier 2007). On se contente ici de montrer en quoi ces débats contribuent à l'investissement des professionnels de santé mentale dans la juridiction de prise en charge de la question SDF.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Des critiques récurrentes dénoncent des tendances à médicaliser ou à psychiatriser le regard que l'on porte sur le sans-abrisme. L'épidémiologie psychiatrique entrerait naturellement dans le champ de cette critique. En effet, elle contribuerait à diffuser une interprétation avant tout psychiatrique de l'exclusion, solidaire d'un mouvement plus vaste de « psychologisation » du social. […] Une telle lecture n'est évidemment pas sans fondement, si l'on regarde du côté de l'histoire de la sociologie du sans-abrisme. […]
>
> Particulièrement dans une enquête d'épidémiologie psychiatrique, il y a des pentes sur lesquelles il est facile de glisser, et qui correspondent, dans l'étude du sans-abrisme, aux critiques de *la psychiatrisation ou de la sociologisation excessives de l'exclusion*. Il s'agit d'abord d'une *pente positiviste*, consistant à tenir pour des entités naturelles ou stables les troubles et addictions mesurées, alors que le paradigme de la santé mentale a fait apparaitre ensemble de nouvelles maladies et de nouveaux outils de mesure (Ehrenberg et Lovell, 2001). Ceci conduit à surestimer la place de la maladie mentale, au regard d'autres grilles d'analyse, ethnographiques notamment. Cette pente positiviste se prête à la critique d'une *psychiatrisation du social* alors qu'elle n'est, s'agissant d'enquêtes statistiques, qu'une de leurs limites inhérentes. Mais critiquer la psychiatrisation de l'exclusion peut entrainer sur une *pente constructiviste*, où la maladie mentale n'existe plus que comme l'artifice ou la parure d'un pouvoir et d'une domination sociale, dont les enjeux sont ailleurs. Ceci amène, à l'inverse, à sous-estimer la place de la maladie mentale, à contredire l'expérience qu'en font les usagers et leurs interlocuteurs (Wright, 1988). Cette pente donne le flanc à une critique de *la sociologisation de la maladie* (voir par exemple Douville, 2004 ; Quesemand-Zucca, 2007) qui relance elle-même la critique de la psychiatrisation (Laporte et Chauvin 2010b, p. 31).

Les expressions « *sociologisation excessive* » et « *pente constructiviste* » et le fait qu'elles soient mises sur le même plan qu'un risque de « *psychiatrisation excessive* » et de « *pente positiviste* », peuvent surprendre. Elles peuvent s'expliquer par la pluridisciplinarité de l'équipe qui rédige le rapport, composée d'épidémiologistes, de médecins et d'un sociologue. Cherchant à éviter ce qui est perçu comme un double écueil, les auteurs se veulent les promoteurs d'une voie intermédiaire. Tout en reconnaissant l'existence de la maladie mentale et la nécessité de la documenter le plus précisément possible d'un point de vue épidémiologique, ils prennent de nombreuses précautions, particulièrement méthodologiques et interprétatives, afin de garantir la robustesse de leurs résultats. Ces précautions sont elles-mêmes liées aux débats antérieurs sur la santé mentale des sans-domicile.

C'est à partir du milieu des années 1980 aux États-Unis et une dizaine d'années plus tard en France, que ces débats émergent (Hopper 1988). Ils portent sur la prévalence, réelle ou supposée, des troubles psychiatriques parmi les sans-domicile et sur les liens de causalité entre maladie mentale et précarité. Maryse Bresson, qui a analysé ces débats (Bresson 2003 ; voir aussi Poirier 2007), met en garde contre les « *fausses évidences* » et rappelle une difficulté inhérente à leur analyse sociologique, qui vaut pour l'ensemble des problématiques de santé mentale (Sicot 2006) :

> Prenant acte que seuls les médecins psychiatres sont aujourd'hui habilités à établir des diagnostics dans notre société, nous adoptons leur définition, à partir de leurs catégories. Ce choix, qui présente l'inconvénient d'« abandonner » à une autre discipline – la psychiatrie clinique – une partie de la construction des catégories utilisées, doit permettre d'éviter les « dérives » au niveau des interprétations qui s'appuient sur l'utilisation d'une autre définition : tant il est vrai que ce qui relève de la « santé mentale » est rapidement réinterprété, dans notre société, comme un problème de maladie psychiatrique (Bresson 2003, p. 313).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Ce constat reste aujourd'hui valable. Si le paradigme de la santé mentale a fait évoluer les rapports de pouvoir, d'influence et de dépendance entre segments et groupes professionnels revendiquant une légitimité à intervenir sur la psyché, la psychiatrie conserve le monopole de la distinction entre normal et pathologique dans ce domaine, et par conséquent, de la définition de la maladie mentale.

C'est d'abord en Amérique du Nord qu'est posée la question des liens entre santé mentale et *homelessness*. David Snow, Susan Baker, Leon Anderson et Michaie Martin sont parmi les premiers à s'intéresser à la prévalence des troubles psychiatriques parmi les personnes sans-domicile (Snow et al. 1986). Ils cherchent à montrer que l'idée d'une maladie mentale endémique (*pervasive*) parmi les sans-domicile relève du « *mythe*[85] ». Deux volets composent l'enquête, réalisée à Austin. D'une part, les auteurs étudient les dossiers de 767 personnes hébergés dans les foyers d'Austin : ils considèrent comme mentalement malades les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique formel. D'autre part, ils mènent une enquête dans la rue auprès de 164 personnes sans-domicile. Dans ce cadre, sont définies comme malades les personnes cumulant deux des trois critères suivants : passif de séjour psychiatrique ; étiquetage par d'autres sans-domicile comme malade mental ; comportement jugé suffisamment étrange pour que la plupart des observateurs considèrent la personne comme malade. Comme le relève Bresson, cette perspective s'éloigne du monopole psychiatrique de la définition de la maladie mentale en proposant une définition sociologique de celle-ci, à partir du paradigme interactionniste et de la théorie de l'étiquetage – *labelling* (Goffman 1963 ; Becker 1963). En dépit de méthodes assez nettement éloignées, les auteurs concluent à une prévalence d'environ 10 % de malades mentaux dans l'un et l'autre volet de l'enquête, très loin des représentations communes évoquées au début de leur article, qui énoncent une proportion de sans-domicile malades mentaux allant de 70 à 90 %. L'article suscite diverses réactions. La plus remarquée est celle de James Wright, lui aussi sociologue (1988). Si Wright commence par souligner qu'il s'accorde sur le fait que la prévalence des pathologies mentales parmi les sans-domicile a été fortement surestimée, il suggère que Snow et son équipe sont tombés dans l'écueil inverse et l'ont sous-estimée en minimisant, par leurs méthodes, les probabilités de rencontre et d'identification de sans-domicile atteints de troubles psychiatriques. Il estime notamment qu'en considérant comme relevant de la psychiatrie uniquement les personnes qui ont effectivement été diagnostiquées, la prévalence réelle des troubles ne peut qu'être sous-estimée puisque de nombreuses personnes échappent au système de soins, *a fortiori* au sein de la population sans-domicile. Afin de compenser cette sous-estimation, Wright mène une

[85] Le titre de l'article de Snow et al. est The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless. Il fait fortement écho à l'ouvrage du psychanalyste Thomas Szasz, intitulé The Myth of mental illness : foundations of a theory of social conduct (Szasz 1961), bien qu'il ne soit pas cité. Szasz y déconstruit radicalement ce qu'il envisage comme le soubassement d'une idéologie de domination du corps médical sur le corps social.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

enquête auprès d'un réseau de centres de soins gratuits pour personnes sans-domicile, multipliant ses chances de repérage des troubles psychiatriques. Sa définition du malade mental est aussi plus large, et inclut les personnes ayant suivi un traitement psychiatrique ; celles qui ont fait l'objet d'un diagnostic par le personnel soignant des centres – personnel qui, sauf exception, n'est pas qualifié pour le faire – ; et celles qui sont suspectées d'avoir un trouble par ce même personnel. Wright arrive à une estimation de l'ordre de 30 % de personnes sans-domicile atteintes de troubles psychiatriques, chiffre qu'il reprendra dans ses travaux ultérieurs (Rubin et Wright 1998).

Le travail de Wright a fait l'objet d'une « réponse à la réponse », par l'équipe de David Snow (Snow, Baker, et Anderson 1988). Celle-ci est plus succincte, et se limite à contre-argumenter sans s'appuyer sur une nouvelle enquête. Selon les auteurs, il est effectivement probable que tous les sans-domicile atteints de troubles psychiatriques n'ont pas recours aux services de soins ; mais à l'inverse, il est aussi possible que des faux positifs existent, en raison de recours stratégiques ou saisonniers aux services sanitaires, mis en lumière par la littérature académique (Jouve et Pichon 2015 ; Benoist 2016). Par conséquent, si le nombre de malades peut être sous-estimé, il peut également être surestimé. Les auteurs défendent par ailleurs leur choix de ne considérer une personne comme malade qu'à partir d'un examen rigoureux des troubles des personnes sans-domicile, et d'un diagnostic psychiatrique de leur état. Quant à la critique de Wright suggérant que Snow et son équipe ont construit leurs méthodes et leur échantillon d'enquête dans l'optique d'aboutir à un faible taux de prévalence, ces derniers renversent la charge de la preuve en montrant qu'une critique exactement inverse peut être adressée à Wright, puisque les paramétrages de son enquête sont justement de nature à hausser artificiellement les taux de prévalence (souplesse dans la considération du diagnostic psychiatrique, échantillon recruté dans un centre de soin). Finalement, prenant leur distance avec l'opposition qui structure la controverse, les auteurs développent deux autres arguments. Le premier est que la focale opérée sur l'état de santé mentale des sans-domicile tend à occulter les causes structurelles à l'origine des situations de rue (Hopper, Susser, et Conover 1985 ; Lyon-Callo et Hyatt 2003 ; Lyon-Callo 2008). Autrement dit, la pathologisation – ici psychiatrique – des sans-domicile tend à dépolitiser l'analyse des mécanismes de reproduction des inégalités socioéconomiques en imposant une grille de lecture qui renvoie à la responsabilité individuelle. Cet argument est une critique classique des analyses des processus de médicalisation (Szasz 1961 ; Conrad et Schneider 1992), et sera repris par plusieurs anthropologues de la santé travaillant sur les personnes sans-domicile aux États-Unis (Lyon-Callo 2000 ; Lyon-Callo et Hyatt 2003 ; Bourgois et Schonberg 2009). Dès lors que la pathologisation constitue une explication aux phénomènes sociaux, sans considérer le contexte socioéconomique et politique de production de la maladie et des soins associés, elle est effectivement propice à individualiser, désocialiser et par conséquent dépolitiser les

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

mécanismes et processus à l'origine des situations de rue. Le second argument se résume par l'idée qu'il apparait peu propice et peu pertinent d'appliquer aux sans-domicile des systèmes de diagnostics et de traitements élaborés à destination des personnes intégrées (dans un autre contexte, voir Das 2015). Les auteurs suggèrent qu'il peut se révéler complexe de distinguer des comportements pathologiques selon la nosographie psychiatrique, de comportements déviants qui peuvent seulement témoigner d'une adaptation à la vie en rue (Gaboriau 1993).

Ces débats traversent l'Atlantique au tournant des années 1990, et sont repris, ou du moins cités, par les principaux travaux sur le même sujet. En France, une première série d'études est réalisée dans les années 1990 par Viviane Kovess, psychiatre et épidémiologiste, aujourd'hui membre du Haut conseil de santé publique. Ces études ne portent pas initialement sur les sans-domicile, mais sur l'état de santé mentale de la population francilienne (Kovess, Gysens, et Chanoit 1994). Son équipe souligne que les troubles anxieux, les dépressions et les usages d'alcool et de drogues, tendent à augmenter graduellement lorsque l'on passe de la population générale aux bénéficiaires du RMI puis aux sans-domicile. La différence la plus nette s'observe au niveau de la prévalence des psychoses : alors que l'écart est faible entre la population générale et les RMIstes, elle est marquée entre ces derniers et les personnes sans-domicile (Kovess et al. 1995). Comme le soulignent Maryse Marpsat et Jean-Michel Firdion analysant ces résultats, « *en ce qui concerne les psychoses, la question posée n'est pas tant de la causalité, peu probable, que de l'aggravation des troubles faute de prise en charge appropriée* » (Marpsat et Firdion 1998, p. 119). Après s'être intéressée à la santé mentale dans la population francilienne, Kovess réalise avec Caroline Mangin-Lazarus une étude portant spécifiquement sur la santé mentale des sans-domicile parisiens (Kovess et Mangin-Lazarus 1997). Réalisée auprès de 715 personnes recrutées dans des centres d'hébergement d'urgence et d'insertion, des accueils de jour et auprès de points de distribution de nourriture, l'étude conclut à une prévalence de 5,8 % des troubles psychotiques – dont 5,3 % pour la schizophrénie –, de 23,7 % de troubles de l'humeur (dépressions, bipolarité, manie), de 14,9 % de troubles liés à usage d'alcool et de 10,3 % de troubles liés à l'usage de drogues. Néanmoins, ces résultats portent sur les 6 mois précédant l'enquête : les taux sont nettement plus élevés si on les considère sur la vie.

Au même moment, une étude importante est menée dans la métropole lilloise, auprès de 270 personnes recrutées au sein de divers dispositifs d'accueil et d'hébergement à destination des personnes sans-domicile (Guesdon et Roelandt 1998). L'enquête conclut à une prévalence de 8,8 % de troubles psychotiques, de 29 % de troubles dépressifs, de 15,2 % de troubles anxieux et de 37,8 % de tentatives de suicide au cours de la vie. Les auteurs soulignent aussi un taux de dépendance à l'alcool de 9,3 % – de 10,4 % à d'autres psychotropes. Ici également, ces résultats portent sur les 6 mois qui précèdent l'enquête. Au-delà de ces résultats pourtant, l'un des principaux intérêts de l'enquête lilloise réside dans ses origines, et dans les réflexions

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

proposées par les auteurs. L'enquête est menée par Jean-Luc Roelandt et Isabelle Guesdon. Le premier est un psychiatre lillois ayant participé à la mise en œuvre de la politique de sectorisation dans le nord de la France au cours des années 1970, aujourd'hui directeur du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). Au cours de l'entretien réalisé avec lui, il explique avoir suivi, parallèlement à ses études de psychiatrie, une licence de sociologie et une formation en psychanalyse : loin de se considérer comme un cas particulier, il souligne qu'« *à l'époque, tout le monde faisait une psychanalyse, on reliait tout au politique et au fait social* » – voir (Castel 1981). Roelandt explique avoir participé à la venue de Franco Basaglia[86] à Lille alors qu'il était interne, mais aussi de David Cooper[87] ou encore de Félix Guattari[88]. Dans la continuité de ces différents courants et plus spécifiquement à la suite de Basaglia, Roelandt se veut le promoteur d'une politique de sectorisation proche de la psychiatrie communautaire dans sa version italienne. Isabelle Guesdon est quant à elle originaire de région parisienne, fille d'une pharmacienne libérale et d'un typographe. Elle explique s'être tournée vers la médecine pour le « *contact humain* » et parce qu'elle « *en avait les capacités* ». Tandis que Roelandt met en avant la dimension militante voire politique de son engagement professionnel au tournant des années 1970, Guesdon explique s'être tournée vers la psychiatrie parce qu'elle estime avoir été en « *position d'écoute depuis la cour d'école maternelle* », de sorte que ce choix lui parait « *naturel* » : leur orientation professionnelle similaire se distingue nettement sur le plan des motifs, déterminés par un double marqueur générationnel d'une part, de genre d'autre part. Bien classée, Guesdon fait son internat à Lille en raison de la proximité avec Paris. C'est dans le cadre de sa thèse qu'elle est amenée à travailler sur les populations sans-domicile. Guesdon explique que c'est Roelandt qui a eu l'idée de l'enquête, mais que celle-ci résultait en réalité d'une demande exprimée par les travailleurs sociaux :

> Leur grand truc aux travailleurs sociaux, enfin leur grand discours, c'était : « *dans la population qu'on accueille, il y a des gens qui sont malades mentaux, la psychiatrie ne s'en occupe pas, elle les fait sortir en dépit du bon sens…. Et puis on peut pas, quand on veut faire hospitaliser quelqu'un c'est impossible, quand on veut l'envoyer en CMP c'est impossible, donc on y arrive pas quoi* ». Donc l'idée c'était, déjà, de mesurer, pour voir la réalité de l'importance de ces troubles. Ou pas !
>
> Isabelle Guesdon, 49 ans, psychiatre

[86] Franco Basaglia (1924-1980) est un psychiatre italien, fervent promoteur d'une psychiatrie non-asilaire. Il crée à Trieste des communautés thérapeutiques qui contribuent à la fin de l'enfermement des malades mentaux. Basaglia est à l'origine de la loi qui mènera, vingt ans après sa mort, à la fermeture des hôpitaux psychiatriques italiens. Il est une référence centrale de la psychiatrie citoyenne promue par Jean-Luc Roelandt.

[87] David Cooper (1931-1986) est un psychiatre sud-africain connu pour son travail en Angleterre et pour sa promotion de l'antipsychiatrie, qui conteste la légitimité même d'une spécialité consacrée au traitement médicale de la psyché. Dans cette conception, les causes de la maladie mentale sont d'ordre social et culturel, et ne peuvent par conséquent être remédiées que par un changement radical de système.

[88] Félix Guattari (1930-1992) est un psychanalyste et philosophe français, promoteur de la psychothérapie institutionnelle, courant qui entend réformer l'asile plutôt que le supprimer, à partir d'une nouvelle conception des relations entre soignants et soignés.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cette confrontation des travailleurs sociaux aux troubles psychiques des personnes qu'ils sont amenés à accompagner est à l'origine d'un tournant important dans l'organisation du champ de la santé mentale. Pour les auteurs, l'enquête est également l'occasion de remettre en question une croyance largement partagée qui établit un lien de causalité quasi mécanique et évident entre la fermeture des asiles et la hausse du nombre des personnes sans-domicile :

> L'hôpital psychiatrique crée toujours beaucoup plus de problèmes qu'il n'en résout. Avec la stigmatisation en plus, qui n'arrange pas les choses. Et puis les sans-abri… les sans-abri, pendant tout un temps, il y en avait pas hein ! Y'avait quelques clodos, qui trainaient, que tout le monde connaissait, mais on les a vus apparaitre dans les années 1990. Ça a été le contre-choc du deuxième choc pétrolier. C'est très clair. On a vu les gens arriver dans la rue, massivement. Les clochards, les gens qui faisaient la quête, ça existait plus quoi, y'a une période ça existait plus. Et la première chose qui a été dite quand on a vu ces personnes, ça a été : « *ah, les malades mentaux sont dans la rue, on a fermé les hôpitaux psychiatriques* ». Non ! On a fait d'énormes enquêtes, dans tous les foyers, en 1990 [1998] avec Isabelle Guesdon, qui a publié pas mal là-dessus, et puis on s'est rendu compte que les gens qui étaient à la rue, ils venaient pas de l'hôpital psychiatrique. C'était des produits des difficultés sociales. Après, qu'il y ait des problèmes de maladie mentale, des gens qui ont des maladies mentales à la rue, ça c'est évident, parce que c'est lié : les troubles psychiques sont aussi liés au degré de précarité dans lequel vous vivez. Si vous avez un degré de précarité important, vous risquez d'avoir recours aux drogues, d'être anxieux, d'être dépressif, enfin toutes les pathologies possibles et imaginables !
>
> **Donc ce débat sur la maladie mentale qui provoque la rue ou la rue qui provoque la maladie mentale…**
>
> C'est les deux. Il n'y a pas de réponse à ça.
>
> Jean-Luc Roelandt, psychiatre, directeur du CCOMS, 70 ans

> Ce discours [sur la fermeture des asiles], il tombait assez mal dans les oreilles de Jean-Luc Roelandt, parce que lui il avait fait beaucoup [pour la sectorisation]… et puis on n'avait pas fermé les asiles non plus, on n'est pas ni en Angleterre, ni aux États-Unis, ni en Italie… en fait ce qu'on avait vu, c'est qu'arrivaient dans les foyers, les CHRS, des tas de gens qui en effet, n'allaient pas bien pour certains, mais… c'est pas qu'ils sortaient de l'hôpital : c'est qu'ils n'y étaient jamais arrivés en fait. Ils n'avaient pas accès aux soins. La question, elle s'est plus posée sur l'accès aux soins, que sur la perte en route de patients qui seraient sortis dans la rue, où je sais pas quoi. C'était soit des gens qui avaient des éléments de la lignée anxio-dépressive qui avaient l'air plutôt séquellaires à leur situation sociale… calamiteuse quoi ! Soit des gens qui avaient en effet des troubles psychotiques, etc., mais qui avaient jamais été jusqu'aux soins. Mais une fois qu'on a dit ça, on n'a pas tout dit parce que qu'est-ce qu'on fait maintenant pour aller vers les soins ? Et c'est là où l'idée de l'équipe est apparue, parce que dire, « *bah écoutez, ça a pas l'air d'aller : y'a un CMP rue machin, c'est gratuit, etc.* » ça marche pas du tout !
>
> Isabelle Guesdon, 49 ans, psychiatre

Selon les auteurs de l'enquête, il est absurde d'établir, dans le contexte français, un lien de causalité entre la « fermeture des asiles », et l'apparition des sans-domicile dans l'espace public. D'une part, dans la mesure où l'expression elle-même est inappropriée : si la politique de sectorisation s'est substituée à l'aliénisme, une critique récurrente adressée par les professionnels les plus opposés à l'asile – dont Roelandt, qui rédigera deux rapports sur le sujet pour Bernard Kouchner – est précisément que cette politique n'est pas allée assez loin, l'hôpital psychiatrique continuant d'incarner l'institution de référence dans l'organisation des secteurs

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

(Piel et Roelandt 2001 ; Roelandt 2002). D'autre part, comme le souligne bien Guesdon dans l'extrait cité, le problème posé par les personnes sans-domicile souffrant de troubles psychiques n'est pas qu'ils ont cessé d'être pris en charge par les services psychiatriques, mais plutôt qu'ils ne l'ont pas encore été. Le décalage temporel entre la mise en œuvre de la politique de sectorisation et l'apparition massive des personnes sans-domicile dans l'espace public semble en effet trop important pour être plausible. En somme, le problème est de l'ordre de l'accès aux soins. On peut par ailleurs préciser avec Maryse Bresson (2003) que Guesdon et Roelandt constatent dans leur enquête la relative inadaptation de leur méthodologie, qui repose sur la passation d'un questionnaire standardisé dont certaines questions – relatives au sommeil, à la nourriture, à la fatigue et supposées permettre la détection des troubles dépressifs – apparaissent nettement inadaptées.

On peut retenir plusieurs éléments de ces études. La population sans-domicile a un état de santé mentale plutôt mauvais, qui traduit la difficulté à vivre en rue et l'épuisement physique, psychique et émotionnel qui résulte de la situation d'incertitude radicale qu'elle incarne. Certains résultats sont pourtant surprenants, notamment ceux relatifs aux psychoses, dont la prévalence est relativement basse. En réalité, si l'on considère cette prévalence sur la vie (Kovess et Mangin-Lazarus 1997), on trouve des résultats nettement plus élevés : on peut interpréter cet écart comme un effet de l'absence durable d'accès ou de recours à une structure de soin spécialisée, susceptibles de prévenir l'aggravation de troubles légers. Quoi qu'il en soit, les résultats ne permettent pas, au contraire, de conclure à une rupture avec le reste de la population. Commentant les études de Kovess sur l'état de santé de la population sans-domicile, Marspat et Firdion estiment que celles-ci ne remettent pas en cause « *la concordance des autres résultats qui nous permettent de conclure à la continuité de l'espace social* » (Marpsat et Firdion 1998 p. 119). Au-delà des résultats épidémiologiques de ces enquêtes, le contexte dans lequel elles sont réalisées explique la manière dont la santé mentale des personnes sans-domicile est mise à l'agenda politique et contribue à l'investissement croissant des professionnels de santé mentale dans la juridiction de prise en charge du sans-abrisme.

2. Le dévoilement de la souffrance psychique

On a évoqué dans le premier chapitre les évolutions importantes que connait la psychiatrie dans la prise en charge de la psyché au cours de la seconde moitié du XXe siècle. Progressivement, la santé mentale s'impose comme « *nouveau répertoire d'action publique* » (Philippe 2004). C'est au cours de la décennie 1990 que s'opère sa mise à l'agenda politique. Plusieurs rapports y participent. Selon Sandra Philippe, c'est un rapport du Conseil économique

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

et social de 1997 qui « *jouera un rôle manifeste dans la carrière du problème de la santé mentale dans l'espace public* » (p. 318). Elle précise :

> Le point névralgique du rapport repose sur la dénonciation de l'inadaptation du dispositif psychiatrique aux objectifs d'une politique de santé mentale. […] L'affirmation de la désuétude de la dichotomie maladie mentale/trouble psychologique sert d'argument pour orienter le débat vers la santé mentale plutôt que la maladie mentale. Le trouble psychologique est considéré dans une triple dimension biologique, psychique et sociale, chacune de ses trois composantes étant difficilement dissociable (Philippe 2004, p. 318).

Dans le paradigme de la santé mentale, la psychiatrie se retrouve dans une position ambiguë dans la mesure où la distinction entre normal et pathologique se brouille. Théoriquement garants de cette distinction, les psychiatres peuvent tirer profit de ce brouillage pour élargir leur juridiction ; mais ils peuvent aussi voir leur expertise remise en question par d'autres disciplines ou d'autres groupes professionnels. L'ambigüité du rapport de la psychiatrie au paradigme de la santé mentale est d'autant plus prégnante que la profession est, comme on l'a déjà évoqué, traversée par de multiples clivages et oppositions, à l'origine de conceptions éloignées, voire contradictoires, de ce que doit être et faire la psychiatrie. Les critiques adressées à certaines éditions du DSM, émanant de la profession elle-même, en témoignent (Adam 2012 ; Di Vittorio 2014). Par ailleurs, l'évocation de la « *triple dimension biologique, psychique et sociale* » du trouble dans le paradigme de la santé mentale fait écho à la pluridisciplinarité et à la pluriprofessionnalité de la juridiction, alors en train de se stabiliser. Précisément parce qu'il renvoie à différentes dimensions de l'existence sociale et biologique, le trouble psychique cadre parfaitement avec la promotion d'une approche pluridisciplinaire des problèmes sociaux et, en l'occurrence, de la question SDF.

C'est dans ce contexte que les liens entre la précarité, l'exclusion et les troubles mentaux se tissent et s'affirment. Par le biais de la thématique de la souffrance, s'opère une liaison de plus en plus marquée entre appartenance sociale et état psychique d'une part, et entre professionnels du travail social et de la santé mentale d'autre part (Fassin 2004, 2006). Didier Fassin souligne que plusieurs ouvrages sociologiques contribuent au développement de cette thématique, en la nourrissant davantage qu'ils ne l'analysent – ainsi de la *Misère du monde* coordonnée par Pierre Bourdieu (1993b) et, dans une moindre mesure, de la *Souffrance à distance* de Luc Boltanksi (1993a), qui paraissent la même année. La souffrance s'affirme comme un phénomène ni spécifiquement social, ni spécifiquement psychique, mais simultanément social et psychique. Au-delà du milieu académique, la thématique est bientôt mise à l'agenda politico-administratif. C'est le rapport intitulé *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* (Lazarus et Strohl 1995), qui traduit le mieux l'imposition de cette nouvelle « *configuration sémantique compassionnelle* » (Fassin 2004), entendue comme une rhétorique explicative du mal-être fondée sur les sentiments moraux et les affects. Le rapport est présidé par Antoine Lazarus, alors professeur en santé publique et médecine sociale à l'Université Paris

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

XIII, et médecin de prison. Si plusieurs psychiatres sont interrogés par le groupe de travail à l'origine du rapport, Lazarus est le seul professionnel de santé qui participe à sa rédaction. Il est à l'apogée d'une carrière intégralement passée dans le champ de la médecine sociale. Hélène Strohl-Maffesoli est rapporteure générale, tandis qu'Olivier Quérouil et Marguerite Arene sont rapporteurs. Tous deux sont chargés de mission, le premier est à la Direction interministérielle au Revenu minimum d'insertion (DIRMI), tandis que la seconde à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV). Ces affiliations institutionnelles ne sont pas anecdotiques. Elles suggèrent que le rapport Strohl-Lazarus s'inscrit dans un mouvement plus large qui regroupe l'affirmation du paradigme de l'insertion, la territorialisation de l'action publique (Autès, Bresson, et Delaval 1996) et la spatialisation des problèmes sociaux (Tissot et Poupeau 2005). Dans ce mouvement, la ville est de plus en plus perçue comme un espace pathogène socialement et psychologiquement, source d'anomie et de violence (Joubert 2004 ; Joubert, Giraux-Arcella, et Mougin 2005).

Ce sont d'ailleurs des initiatives directement liées à ces questions qui sont à l'origine du rapport : la mise en place d'une expérience de santé communautaire dans le quartier du Franc Moisin de la ville de Saint-Denis, dont est tiré un ouvrage dirigé par les sociologues qui participent à l'expérience, puis un séminaire « Ville et santé » organisé par la délégation interministérielle à la ville (Fassin 2004). D'autre part, à l'origine du rapport se trouve l'identification d'un mal-être : contrairement à ce que l'on pourrait penser, celui-ci n'est pas exprimé d'abord par les personnes qui ont recours aux dispositifs d'aide sociale, mais par les travailleurs sociaux chargés de les accompagner (Lazarus et Strohl 1995). Ces derniers se trouvent dans une situation d'impuissance face au désarroi des personnes qui sollicitent leur aide, et pour qui les mesures d'accompagnement en vue de leur réinsertion sont inefficaces et inadaptées. Eux-mêmes apparaissent souffrir de cette situation, leur place dans la division du travail d'accompagnement se trouvant discréditée. En réalité, l'impuissance des travailleurs sociaux fait écho au dévoilement d'une souffrance difficilement qualifiable et qui ne correspond ni aux standards du travail social, ni à ceux de la psychiatrie de secteur. Une zone grise émerge, échappant aux juridictions propres à ces deux domaines. Olivier Quérouil explicite cette question dans un article publié dans la revue *Chimères* :

> Un autre aspect que j'ai été amené à travailler à la DIRMI, c'est autour des questions de santé mentale. Il y avait d'un côté une certaine dérive des contrats d'insertion vers une forme d'obligation de soins. C'était pour les intervenants sociaux une façon de contourner la difficulté : trouver du logement, du travail, c'est compliqué et aléatoire, tandis que renvoyer les gens vers le médecin, ce n'est pas trop difficile. La loi de révision du RMI de 1992 a essayé de préciser les choses, et d'affirmer qu'on ne pouvait créer d'obligation de soins via les dispositifs d'insertion. Il restait tout de même un certain malaise : certains bénéficiaires atteignaient une telle perfection dans l'art de réussir à échouer que cela devenait troublant. Ce malaise des intervenants dans le dispositif RMI était si sensible et récurrent qu'on a voulu mettre le débat sur la table, avec des questions assez simples : le RMI faisait-il apparaitre des patients qui n'auraient pas été identifiés par la filière de la psychiatrie de secteur ? La pauvreté était-elle une cause/conséquence de la pathologie ? Que faire vis-à-vis de situations bloquées, comment collaborer et se comprendre entre psy et sociaux ? Ce qui a facilité les choses, c'est que quelques psychiatres qui participaient au dispositif d'insertion avaient la

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

capacité de faire le lien avec leur pratique de secteur. Ce groupe de travail inter-administratif est à l'origine du rapport Strohl-Lazarus « *Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher* » qui a eu un certain écho, je pense en partie parce qu'il remettait en situation la politique de secteur (Quérouil 2013 p. 214).

Ce sont donc deux faces d'un même malaise, lié aux reconfigurations de la santé mentale et de l'aide sociale à la fin du XXe siècle, qui sont à l'origine du rapport Strohl-Lazarus : au malaise des accompagnants répond celui des accompagnés.

Le rapport est un tournant majeur pour l'appréhension des troubles psychiques, de trois points de vue au moins. D'abord, il reconnait ouvertement et directement l'origine spécifiquement sociale de certains troubles, dont le traitement ne peut être seulement médicamenteux, ni seulement psychiatrique. Une anecdote commune est racontée à ce sujet par Olivier Quérouil comme par Hélène Strohl-Maffesoli, à propos de l'intervention du psychiatre Jean Maisondieu, auditionné dans le cadre du rapport :

Comme disait le psychiatre Jean Maisondieu, donner un antidépresseur à un désespéré[89] c'est dangereux, parce qu'il risque de passer à l'acte. Mais offrir une insertion viable à un déprimé ne servira à rien, puisqu'il ne saura qu'en faire et sera toujours aussi déprimé. Or, disait-il, en tant que psychiatre, sauf travail approfondi, je suis incapable de faire la différence au premier coup d'œil (Querouil 2013 p. 215).

> Y'avait Jean Maisondieu aussi, ah oui ! Lui, c'est lui qui m'a appris que la différence entre être triste parce qu'on a une dépression, et être triste parce qu'on n'a pas de boulot. Il m'a dit « *c'est simple hein, vous leur donnez un antidépresseur [au deuxième type de personne], ils sont toujours tristes* » (rires). Jean Maisondieu qui était vraiment un type très intéressant… c'était aussi l'époque où il y avait Zarifian aussi, qui expliquait qu'il fallait pas traiter l'existentiel comme du médical quoi… y'avait tout ça, après, on pourra parler, parce que je trouve qu'on a peut-être un tout petit peu exagéré, parce qu'au fond après j'ai appris, avec Gérard Massé, avec des gens comme ça, que si on parle de santé mentale, au fond ça veut quand même dire qu'il faut dépasser le traitement de la stricte nosographie psychiatrique… et que du moment où ça fonctionne, du soin psychiatrique quel qu'il soit, hein, psychothérapeutique, de groupe, voire médicamenteux, c'est bien aussi quoi ! et d'ailleurs on n'a pas conclu qu'il fallait pas les soigner hein !
>
> Hélène Strohl-Maffesoli

Si elle est racontée selon des formulations différentes, l'anecdote du traitement différentiel des troubles traduit un élément commun : la psychiatrie n'est pas à même de traiter la souffrance psychique dans la mesure où celle-ci n'entre pas dans son champ de compétences. Mais la souffrance psychique ne relève pas non plus d'un traitement social. C'est le second point qu'il convient de souligner : le rapport rappelle la nécessité de multiplier les lieux d'écoute et d'expression de la souffrance, de façon indépendante à la fois des dispositifs d'accompagnement social existants, mais aussi des secteurs psychiatriques. Les auteurs en appellent à la création de lieux intermédiaires, susceptibles de travailler parallèlement, ou en amont, à une prise en charge sociale ou psychiatrique. Si elle est susceptible d'évoluer vers ce

[89] Dans le rapport Strohl-Lazarus, le « désespoir » est opposé à la « dépression », le premier renvoyant à la souffrance et ne pouvant faire l'objet d'un diagnostic strictement médical, la seconde renvoyant à la nosographie psychiatrique.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

type de prise en charge, elle doit initialement faire l'objet d'une évaluation indépendante, que les auteurs du rapport résument principalement à un travail d'écoute. Finalement, le rapport évoque, de façon plus détournée néanmoins, la dimension iatrogène de certains remèdes et en l'occurrence des politiques sociales, en évoquant la nécessité « *d'améliorer l'état des connaissances et la réflexion sur les effets déstabilisants des politiques sociales* ». Alors que la lettre de mission se félicite des « *réelles avancées* » que constituent le RMI et la réforme de l'aide médicale de 1992 (Lazarus et Strohl 1995), les auteurs précisent quant à eux :

> Pour poser la question trivialement, le groupe s'est demandé si de construire des dispositifs qui avaient pour seul but affiché de remettre les personnes en situation d'emploi, de préférence d'emploi classique, alors même que l'on se trouvait dans un contexte où le rétablissement du plein emploi, même à l'horizon quinquennal, n'apparaissait pas comme une hypothèse plausible, n'avait pas des effets déstructurants à la fois sur les individus et sur le lien social (Lazarus et Strohl 1995, pp. 52-53).

C'est la responsabilisation accrue des individus dans un contexte structurel peu propice, voire franchement hostile, à leur réinsertion réelle qui est ici dénoncée. L'un des paradoxes du RMI et de la contractualisation de l'aide sociale a ainsi été de faire réapparaitre des « *inutiles au monde* », selon l'expression de Castel (1995). Cette partie du rapport restera néanmoins lettre morte. En dépit de sa diffusion, des références fréquentes qui y sont faites et des perspectives originales proposées par les auteurs, Hélène Strohl-Maffesoli estime que ce rapport n'aura que très peu d'effets, et qu'il ne sera pas approprié par l'administration. Il convient pourtant de nuancer ce point. Didier Fassin souligne qu'au contraire, tandis que la thématique de l'exclusion se diffuse comme une clé de lecture à même d'éclairer les évolutions de la société française, celle de la souffrance est inscrite à l'agenda politique :

> L'élection présidentielle de 1995, on s'en souvient, avait été gagnée sur le thème de la « fracture sociale » dont s'était emparé le candidat Jacques Chirac. Devenu chef de l'État, il nomma un Premier ministre dont le gouvernement ne comportait pas moins de quatre ministres et secrétaires d'État en charge du dossier de « l'exclusion sociale ». La création de « lieux d'écoute » fut l'une de leurs premières tâches. Elle mobilisa les quatre ministères et secrétariats d'État initiateurs de deux circulaires. Elle marqua l'entrée officielle de la souffrance sociale dans le répertoire de l'action publique. Une psychiatrie ouverte à cette question ne pouvait que trouver sa place dans le nouveau dispositif (Fassin 2006 p. 149).

C'est cette psychiatrie « *ouverte à cette question* » qu'il convient d'identifier, en analysant le travail de légitimation qu'elle déploie pour promouvoir des formes nouvelles d'intervention dans la prise en charge de la précarité.

III. La légitimation des professionnels de la santé mentale dans la juridiction du sans-abrisme

L'inscription à l'agenda politique de la thématique de la souffrance psychique, son succès rapide et les débats autour de la prévalence des troubles psychiatriques parmi les

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

personnes sans-domicile sont autant d'éléments qui rendent possible l'investissement croissant des professionnels de la santé mentale dans la juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile. Il convient néanmoins d'étudier qui sont les acteurs qui s'investissent en premier lieu dans la prise en charge. Didier Fassin apporte à ce sujet des éléments d'analyse :

> Les acteurs en question n'occupent pas les places les mieux établies au sein de l'institution psychiatrique : le milieu universitaire et le secteur scientifique, repliés en quelque sorte sur les fondamentaux de la pathologie mentale, ne sont guère représentés au sein de ce courant novateur. Mais ce qui assure le succès de leur entreprise est la sensibilité qu'ils manifestent à l'égard des transformations anthropologiques qu'ils accompagnent et renforcent. C'est aussi la convergence objective de leurs préoccupations avec les attentes d'un monde politique qui a pris conscience, à travers l'expertise de la haute administration, mais aussi à travers le travail quotidien des médias, que l'exclusion et ses conséquences sont devenues des enjeux on seulement sociaux mais aussi politiques (Fassin 2006 p. 149).

Deux groupes d'acteurs investissent précocement cette problématique. Certains de ces acteurs assurent des liens entre ces deux groupes, qu'il convient par conséquent de ne pas opposer frontalement. Le premier regroupe des professionnels qui saisissent la thématique de la souffrance psychique afin d'encourager le développement de nouvelles pratiques professionnelles à l'intersection des champs de l'intervention sociale et de la psychiatrie, pratiques qui sont regroupées sous l'appellation de « *clinique psychosociale* » (1) Le second rassemble des psychiatres précocement investis dans la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes en situation de précarité. Ils cherchent à promouvoir un approfondissement de la politique de sectorisation, sous la forme de la psychiatrie communautaire ou à travers la promotion du paradigme de la santé mentale (2).

1. Les promoteurs de la « clinique psychosociale »

Le premier groupe d'acteurs qui s'empare formellement de la thématique de la souffrance psychique occupe à l'origine une position marginale, voire extérieure, à la juridiction. En se saisissant des analyses relatives à la souffrance psychique, ces acteurs parviennent à promouvoir la nécessité d'une articulation renforcée entre travail social et acteurs de la santé mentale. En 1996, soit un an après la publication du rapport Strohl-Lazarus, est officiellement créé l'Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (Orspere), à l'initiative de Jean Furtos et Christian Laval. Le premier est un psychiatre, auteur de plusieurs ouvrages qui interrogent les liens entre les nouvelles formes de la question sociale (précarité, migrations) et la dégradation de l'état de santé mentale des personnes qui l'incarnent. Christian Laval est quant à lui sociologue. Son investissement dans l'Orspere est lié à la réalisation d'une thèse de doctorat intitulée *Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique : l'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes*, soutenue en 2003 sous la direction de Jacques Ion. Il est aujourd'hui l'un des

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

chercheurs rattachés au volet qualitatif du dispositif expérimental « *Un chez soi d'abord* ». Furtos explique prendre conscience de la souffrance psychique dès 1993, à la faveur de la sollicitation d'une infirmière :

> L'aventure à commencé un jour de 1993, lorsqu'une responsable infirmière de l'Hôpital le Vinatier, à Lyon-Bron, Jacqueline Picard, s'est adressée à moi en ces termes : « *Monsieur Furtos, il faut nous aider à comprendre : il y a de nouveaux patients qui viennent dans les CMP, et nous ne savons pas comment les aider, ils ne souffrent plus comme avant* ». Cette professionnelle, à forte exigence éthique, faisait allusion aux difficultés du travail psychique avec les chômeurs de longue durée, les bénéficiaires d'allocations sociales de type RMI et les jeunes en difficultés envoyés par les missions locales. Toutes ces personnes, orientées par des travailleurs sociaux qui ne savaient plus quoi faire en termes de réinsertion, n'allaient pas bien, à l'évidence, mais pas forcément dans le cadre d'une maladie mentale dûment authentifiée, si ce n'est un mal-être vague et certain à la fois, une difficulté à agir colorée d'une tonalité dépressive ou persécutoire, et quelques fois des troubles du comportement (Furtos 2011, p. 30).

Furtos décrit ici une situation très similaire à celle qui est mise en lumière par le rapport Strohl-Lazarus : le malaise des travailleurs sociaux face aux personnes qu'ils n'arrivent plus à accompagner, se sentant dépourvus face à leur mal-être. Dès 1994 est organisé, à l'initiative des futurs membres de l'Orspere (qui n'existe pas encore), un colloque intitulé « *Déqualification sociale et psychopathologies, ou devoirs et limites de la psychiatrie publique*[90] ». Ce premier séminaire en annonce d'autres, qui deviennent réguliers au tournant des années 2000. Leurs intitulés témoignent de la démarche des membres de l'observatoire, qui interrogent autant qu'ils légitiment une nouvelle approche du travail de prise en charge de la souffrance psychique : « *Pertinence d'une clinique de la désaffiliation* » en 1999 ; « *La problématique du traumatisme social du côté de l'emploi* » en 2000 ; « *La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique* » en 2001 ; enfin « *La nosographie au risque de la souffrance psychique* » en 2002. Ces séminaires contribuent à la visibilité et à l'influence de l'Orspere. Surtout, ils sont les lieux et les moments au sein desquels se développent de nouveaux référentiels conceptuels, et une nouvelle théorie de la pratique de prise en charge de la souffrance psychique : la clinique psychosociale (encadré 2.4).

Encadré 2.4 : syndrome d'auto-exclusion et clinique psychosociale

Les séminaires de l'Orspere contribuent au développement de concepts qui assurent un lien entre la sociologie, le travail social et la psychiatrie. Jean Furtos apparait comme le principal théoricien et promoteur d'une approche pluridisciplinaire de la précarité, de l'exclusion et des troubles psychiques associés. Furtos développe l'hypothèse d'un « *syndrome d'auto-exclusion* », envisagé comme la suite logique de l'exclusion sociale. Il se traduit par des comportements apparemment irrationnels, facilement assimilables à une situation pathologique. Il suggère que ces comportements traduisent en réalité une « *sortie de soi-même* », une « *exclusion de soi pour ne plus souffrir* » : autrement dit, le syndrome d'auto-exclusion serait un mécanisme de défense psychique contre l'exclusion sociale. Dans cette perspective, ce syndrome est lui-même l'une des facettes les plus visibles de la souffrance psychique : il explique l'adoption de comportements irrationnels, qui ne relèvent pas totalement de la maladie mentale – l'idée

[90] Colloque dont les actes ont été publiés, et dans lesquels on trouve des contributions de Vincent de Gaulejac et Serge Paugam notamment. Sur les origines de l'Orspere, voir les différents témoignages de Jean Furtos (Furtos 2008, 2009, 2011, 2015).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'un « *syndrome* » contribuant néanmoins à légitimer l'intervention de la psychiatrie sur cette question. La souffrance psychique incarnant un problème apparemment insoluble pour le seul travail social comme pour la seule psychiatrie, il convient de repenser les modalités d'accompagnement et de soin (Furtos 2009).

C'est dans cette optique qu'est développée la clinique psychosociale, que Jean Furtos commence à conceptualiser à partir de 1999. En 2015, il définit celle-ci comme une clinique « *à la marge, à la frontière, […] du centre du champ de la santé mentale qui est la psychiatrie* » (Furtos 2015, p. 55). Il ajoute plus loin à propos du terme psychosocial qu'il « *ne s'agit pas d'un quantitatif culinaire : vous mettez 50 % de psychologique et 50 % de social, et le tour est joué ; non, c'est 100 % de psychologique et 100 % de social […]. Le psychosocial est une affaire transversale que l'on peut prendre d'un côté ou d'un autre, avec un besoin de réseaux à intervenants complémentaires et d'une théorie de la pratique métissée. De fait, être à la rue est à la fois social et psychique, avoir des difficultés d'habiter aussi […]. Apparait ainsi un champ de santé mentale où la maladie dûment authentifiée reste un critère important par rapport à l'accès à des soins appropriés, mais sans pertinence exclusive vis-à-vis d'une clinique justement appelée psychosociale* » (Furtos 2015, p. 57). On le voit, Furtos ne cherche pas à élaborer la clinique psychosociale dans une opposition frontale à la psychiatrie. Il l'envisage plutôt comme une passerelle entre le social et la santé mentale, un « *métissage* » permettant de traverser leurs frontières professionnelles respectives.

C'est également en 2002 que l'Orspere devient l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (Orspere-Onsmp). Si l'Orspere-Onsmp gagne en visibilité à la faveur des séminaires qu'il organise, c'est principalement la création de la revue *Rhizome* en 2000 qui contribue à diffuser les principes de la clinique psychosociale. *Rhizome* se définit comme une « *revue interdisciplinaire consacrée aux problématiques à l'interstice des champs de la santé mentale et de la précarité. […] Elle a l'ambition de soutenir les pratiques, la décision politique et de contribuer à la controverse scientifique*[91] ». La revue, comme d'autres telles qu'*Empan*, *Vie sociale et traitement*, ou encore le *Sociographe*, se veut donc une revue professionnelle qui participe de ce que Guillaume Pégon assimile à des « *dispositifs de connaissance* » propres à la phase de développement de ce qui est conceptualisé, au milieu des années 2000, comme des « *cliniques de la précarité* » (Pegon 2011). L'Orspere-Onsmp s'en fait le promoteur : Jean Furtos publie en 2008 un ouvrage intitulé *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, recensant les pratiques et théories cliniques mises en œuvre dans la prise en charge des situations d'exclusion (Furtos 2008).

Ces éléments ne permettent pas de conclure à l'appropriation de la clinique psychosociale par les professionnels chargés de prendre en charge les personnes sans-domicile. On peut apporter quelques éléments à ce sujet. Dans un numéro paru en décembre 2012, un article restitue les résultats d'une enquête sur le lectorat de *Rhizome* : les psychologues (27 %) et les travailleurs sociaux (24 %) sont les principaux lecteurs de la revue, tandis que les médecins (36 %) et les chercheurs en sciences sociales (30 %) sont les principaux contributeurs. Selon les auteurs, « *les articles publiés dans* Rhizome *sont généralement le fruit d'un questionnement ou d'une problématique des acteurs du sanitaire et du social. Rhizome permet ainsi aux professionnels et aux chercheurs de partager leurs savoirs, leurs pratiques et leurs*

[91] Voir en ligne : http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/presentation-791.html, consulté le 31 mai 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

expériences » (Toprak et Mbaye 2012). La revue publie des articles de chercheurs ou praticiens (re)connus dans le champ de la prise en charge de l'exclusion, comme de professionnels plus anonymes apportant un témoignage sur leur pratique. La démarche de l'Orspere-Onsmp est par ailleurs promue par des personnages clés. La composition du comité de rédaction de *Rhizome* en témoigne : on y trouve des acteurs ayant joué un rôle important dans la formation d'une juridiction pluridisciplinaire de la prise en charge des sans-domicile (tableau 2.1).

Tableau 2.1 : les membres du comité de rédaction de *Rhizome* et la prise en charge des sans-domicile.

Nom	**Statut**	**Rapport à la prise en charge des sans-domicile**
François Chobeaux	Travailleur social, sociologue	Auteur d'ouvrages sur les « jeunes en errance »
Pascale Estecahandy	Médecin, membre de la Direction interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement (DIHAL)	Responsable nationale du programme « Un chez-soi d'abord », coauteure de *La santé des personnes sans chez-soi*
Antoine Lazarus	Professeur de santé publique, président de l'OIP	Coauteur d'*Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*
Jean-Pierre Martin	Psychiatre à Sainte-Anne (retraité)	Membre du groupe de travail d'*Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*
Alain Mercuel	Psychiatre à Sainte-Anne	Initiateur des maraudes psychiatriques – directeur actuel du service Santé mentale et exclusion sociale de Sainte-Anne
Olivier Quérouil	Ancien chargé de mission DIRMI	Rapporteur d'*Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*

On trouve aussi dans le comité de rédaction des sociologues tels que Benoit Eyraud et Bertrand Ravon. La pluridisciplinarité se veut ainsi un miroir de l'approche prônée par la revue dans le traitement des problèmes sociaux. Le travail de légitimation déployé par l'Orspere se destine principalement aux professionnels du travail social et de la santé mentale. Ces professionnels sont à la fois les collègues des membres de l'observatoire, mais aussi les personnes qui sont directement visées par leur démarche : en proposant une appréhension et des pratiques nouvelles dans le cadre de la prise en charge des situations d'exclusion, l'Orspere et Rhizome participent de la formation et de la diffusion d'une culture professionnelle qui prône la pluridisciplinarité.

2. Les promoteurs d'une « psychiatrie citoyenne »

Le second groupe d'acteurs qui participent au développement de nouvelles formes de prise en charge de la souffrance psychique déploie quant à lui un travail de légitimation auprès

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de l'État. Il est exclusivement composé de psychiatres, parmi lesquels Alain Mercuel, Jacques Simonnet, Jean-Pierre Martin, Jean-Luc Roelandt ou Éric Piel. Tous témoignent, à travers leurs discours, leurs trajectoires et leurs pratiques professionnelles et militantes, d'un attachement fort au service public de santé et à l'égalité de traitement supposée être garantie par l'idéal de la démocratie sanitaire (Roelandt 2002). Ils entretiennent des relations avec des acteurs du champ étatique, dont ils sont proches. En témoigne leur participation à des groupes de travail et des rapports commandés par divers secrétaires d'État et ministres sur la thématique des liens entre psychiatrie, souffrance psychique, précarité et exclusion. La citoyenneté et l'égalité d'accès qu'elle est supposée garantir constituent le tronc commun de leur réflexion. Dès 1995, Xavier Emmanuelli, alors secrétaire d'État à l'Action humanitaire d'urgence, crée un groupe de travail à l'origine de la publication du rapport intitulé *Psychiatrie et grande exclusion* en 1996. Tout en s'inscrivant dans la continuité du rapport Strohl-Lazarus, ce rapport a pour objectif formel de « *faire des propositions pour améliorer la prise en charge par les équipes de secteur psychiatrique, des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiatriques* » (Patris et Roger-Lacan 1996, p. 2). Autrement dit, alors que la souffrance psychique s'impose à l'agenda politique et professionnel, le rapport rappelle la nécessité de ne pas déconsidérer l'existence de troubles spécifiquement psychiatriques, au risque de ne jamais les soigner. Il ne s'agit pas de re-psychiatriser l'exclusion, mais de réaffirmer la légitimité de la psychiatrie dans le traitement des pathologies mentales, dès lors que celles-ci sont avérées. Plusieurs sections du rapport sont consacrées aux jeunes sans-domicile, dits « en errance », témoignant de la prégnance de la question à cette époque (Pattegay 2001 ; Rothé 2010 ; Pimor 2013). De manière plus générale, si les auteurs n'identifient pas de pathologie psychiatrique propre à la pauvreté, ils soulignent fréquemment les risques d'aggravation et de chronicisation liés à l'absence de prise en charge précoce. L'essentiel des préconisations des auteurs portent ainsi sur le développement des logiques de réseaux, de partenariats, de conventionnements et même de passerelles entre acteurs du soin, de l'hébergement et de l'insertion. Dans la continuité du rapport Strohl-Lazarus, ils appellent à la création de lieux d'écoute et de numéros d'appel gratuits, envisagés comme des dispositifs de prévention susceptibles d'enrayer l'aggravation des troubles. Surtout, les auteurs soulignent l'efficacité de la politique de secteur dans la prévention de l'exclusion parmi les malades mentaux : ils opposent la situation française, qui s'est structurée autour de la continuité des soins, à la situation étasunienne, qui s'est principalement orientée autour de la prise en charge des temps de crise, accentuant ainsi le risque de marginalisation des patients chroniques les plus précaires.

Parmi les psychiatres précédemment cités, Jean-Pierre Martin, Éric Piel et Alain Mercuel participent à ce groupe de travail. Jean-Pierre Martin a été psychiatre dans le nord de la France, puis chef de service d'un secteur situé dans le centre de Paris. Il crée en 1990 le centre d'accueil et de crise psychiatrique, dispositif d'urgence ouvert en continu, publie

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

plusieurs ouvrages relatifs à la psychiatrie « *en ville* », c'est-à-dire en dehors de l'asile et au sein de la communauté citoyenne, ainsi qu'à la prise en charge psychiatrique des personnes sans-domicile (Martin 2000, 2011). Il est membre de l'Union syndicale de la psychiatrie, nettement marquée à gauche, et du Front de Gauche. Aujourd'hui décédé, Jacques Simonnet a travaillé avec Pedro Meca, moine dominicain et éducateur spécialisé investi dès les années 1980 dans l'accueil et l'accompagnement des sans-domicile, notamment toxicomanes, notamment à travers les associations « Les Compagnons de Nuit », et « la Moquette[92] » (Gardella 2014, p. 195). En 2000, Simonnet crée un dispositif Santé mentale et exclusion sociale (SMES), dans le cadre du réseau « *Psychiatrie et précarité* » créé l'année précédente et porté par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Paris. Le SMES a vocation à améliorer la prise en charge des sans-domicile, notamment en adaptant autant que possible l'organisation du Centre médico-psychologique de Sainte-Anne, par exemple en proposant des accueils sans rendez-vous et sur simple sollicitation (Arveiller et Mercuel 2011). Dans sa démarche Simonnet s'inspire d'une initiative mise en œuvre par le psychologue Luigi Leonori, psychologue italien proche du PUCA ayant créé un accueil pour sans-domicile dans la principale gare de Rome. Leonori contribue à la création d'un réseau – le SMES-Europa – fédérant les initiatives européennes qui portent sur les liens entre exclusion et troubles psychiques et organisant des colloques permettant de donner de la visibilité et de diffuser ces initiatives. Alain Mercuel succède à Jacques Simonnet à sa retraite, en 2002. Mercuel arrive à l'hôpital Sainte-Anne en 1984, au sein du service des urgences : c'est dans ce contexte qu'il rencontre et soigne des personnes sans-domicile. Il initie, dès le début des années 1990, les premières maraudes psychiatriques. Il part en 1993 pour le XIVe arrondissement de Paris, où il est amené à approfondir la politique de secteur :

> J'ai changé de lieu et j'ai travaillé beaucoup sur l'arrondissement du XIVe arrondissement de Paris. Ma mission était de faire le lien entre la Cité, c'est-à-dire tous les acteurs de la Cité, et le secteur de psychiatrie. Donc psychiatrie de liaison, pour pas dire même psychiatrie interstitielle, pour être dans les plus petits espaces. Donc ça voulait dire être aux urgences, ça pouvait être les visites à domicile bien sûr, mais tous les lieux de vie sur le secteur.
>
> Alain Mercuel, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne, 63 ans

Éric Piel, aujourd'hui bénévole pour Médecins Sans-Frontières à Haïti, est un psychiatre parisien revendiquant avoir fait toute sa carrière dans la fonction publique. Il est l'auteur, avec Jean-Luc Roelandt, d'un rapport remis en 2001 à Bernard Kouchner (Piel et Roelandt 2001b). Le titre de leur rapport, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, marque la volonté des auteurs d'imposer définitivement le paradigme de la santé mentale et de mettre fin au psychiatro-centrisme de l'appréhension de la psyché. Ils adressent de nombreuses critiques à la politique

[92] Voir l'entretien avec Pedro Meca publié dans Sociétés et Représentations en 1997 (Meca 1997). Au cours des entretiens réalisés avec eux, les pionniers de Nanterre ont évoqué Pedro Meca et ont unanimement témoigné de leur admiration pour les initiatives qu'il a mises en place.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de sectorisation telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'alors, soulignant notamment son inaboutissement, et appelant à corriger le tir. Ils prônent la nécessité d'aller au bout de la sortie des hôpitaux psychiatriques et de la logique d'inscription dans la « *Cité* » – qui désigne la communauté politique formée par les citoyens – des services de soins afin d'en assurer la continuité réelle, principal objectif de la politique de sectorisation. Roelandt prolonge cette réflexion avec le rapport qu'il remet l'année suivante à Bernard Kouchner, intitulé *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale* (Roelandt 2002). Il y rappelle que la mise en œuvre réelle du paradigme de la santé mentale ne saurait faire l'économie d'une promotion de la démocratie sanitaire, alors au centre de toutes les attentions. La santé mentale se veut nettement moins stigmatisante que la psychiatrie, notamment en incluant les malades dans la réalisation des soins[93] – divers dispositifs créés dans les années 2000, tels les groupes d'entraide mutuelle ou la pair-aidance en témoignent (Grard 2011). Ce principe est en adéquation avec la promotion d'une psychiatrie « *citoyenne* », qui consiste à « *mettre l'usager au centre du système de soins, le rendre présent partout où il doit être partie prenante, construire autour de ses besoins le dispositif qui permette de le suivre dans tous ses états, dans toutes ses étapes* » (Roelandt 2004).

C'est au tournant des années 2000, alors que le paradigme de la santé mentale s'ancre dans le paysage politique et professionnel, que les deux groupes d'acteurs identifiés convergent. La loi relative aux exclusions de 1998 a renforcé les modalités d'accès aux soins en encourageant la création de dispositifs dédiés aux situations de précarité, en santé somatique et mentale. À son départ du gouvernement, Xavier Emmanuelli redevient praticien hospitalier à l'hôpital d'Esquirol, ancien asile psychiatrique. En 1999, il met en place un Réseau national souffrance psychique et précarité, qui est en réalité une maraude spécialisée en psychiatrie (Cefaï et Gardella 2011). Diverses initiatives ont commencé à être mises en œuvre, au-delà des activités de recherche et des séminaires organisés par l'Orspere. À Lille par exemple, l'enquête réalisée par Isabelle Guesdon et Jean-Luc Roelandt a contribué à la création d'une équipe mobile assurant le lien entre rue, centres d'hébergement et secteurs de psychiatrie, dès 1999. À Roubaix, une initiative similaire a été mise en œuvre l'année qui précède. Alain Mercuel explique par ailleurs avoir commencé à réaliser des maraudes dès les années 1990. L'institutionnalisation de ces initiatives est en fait liée à un nouveau rapport rédigé en 2003 à la demande de Dominique Versini, dans le cadre du Programme national de renforcement de la lutte contre les exclusions. Le rapport est intitulé *Souffrance psychique et exclusion sociale* (Parquet 2003). Il est remis par Philippe-Jean Parquet, dont la trajectoire a été restituée en détail

[93] La loi relative à la démocratie sanitaire s'inscrit dans un mouvement plus large et ancien qui promeut le développement de patients « autonomes », c'est-à-dire en réalité capables d'adopter des pratiques en accord avec les prescriptions médicales. La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire de 2009 institue ainsi l'éducation thérapeutique du patient, qui donne un cadre, des objectifs et des moyens à cette visée. On renvoie à la thèse en cours de Vincent Schlegel sur le sujet.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

par Nicolas Fortané, qui montre son rôle décisif, avec Michel Reynaud, dans la nouvelle conceptualisation de *l'addictologie* dans le dernier quart du XXe siècle (Fortané 2010, 2015). Il faut souligner que Parquet est un praticien hospitalier, titulaire de deux agrégations : de psychiatrie adulte, et de psychiatrie infanto-juvénile. On se souvient que Fassin avance que la souffrance psychique est promue par des acteurs marginaux du champ de la psychiatrie, éloignés des milieux universitaires et scientifiques : si cela est plutôt vrai dans la seconde moitié des années 2000, la nomination de Parquet à la tête du groupe de travail qui mène au rapport de 2003 témoigne du fait que cette thématique apparait de plus en plus légitime. Selon Jacques Hassin, qui participe au groupe de travail qui mène au rapport, le choix de Parquet est lié au fait « *qu'il fallait un nom* » prestigieux, susceptible de donner de la visibilité à l'étude.

Outre Hassin, Mercuel et Furtos participent au groupe de travail. Le rapport témoigne ainsi du rapprochement entre les tenants de la démocratie sanitaire et de la psychiatrie citoyenne, et ceux de la souffrance psychique et de la clinique psychosociale. Les préconisations du rapport témoignent d'ailleurs de cette double influence, et de ce qui peut être envisagé comme une légère ascendance de la psychiatrie sur la clinique psychosociale : là où l'Orspere prônait une approche entièrement hybride, le rapport réaffirme le rôle de la psychiatrie dans le développement de réseaux, de partenariats et de dispositifs novateurs pour détecter et prendre en charge les troubles psychiques de diverses formes (préconisation n°1). L'évocation de la « santé mentale » plutôt que de la psychiatrie dans la plupart des recommandations permet en partie d'euphémiser cette prépondérance, mais le peu d'attention accordée au secteur social ne trompe pas. En réalité, les acteurs extérieurs au champ médical ne sont évoqués que pour faire l'objet de formations, de même que les professionnels de santé mentale, afin d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale (préconisation n°5). Le rapport préconise également la création de lits « *de repos* », financés par l'assurance maladie (préconisation n°2). Il insiste également sur la nécessité de développer les recherches cliniques, et cite notamment l'Orspere aux côtés d'organismes tels que le CNRS ou l'INSERM, comme acteurs susceptibles de mettre en œuvre cette démarche (préconisation n°4). Enfin, on retrouve la marque de Parquet dans la recommandation d'une attention renforcée aux conduites addictives, et d'un renforcement des liens entre secteurs sanitaire et social sur cette question (préconisation n°6). Le rapport Parquet est à l'origine de la création de dispositifs aujourd'hui centraux dans la juridiction de la prise en charge. En 2005, sont ainsi créés les lits-halte-soins-santé, sorte de reformulation officielle des lits infirmiers initiés par Xavier Emmanuelli en 1993, mais aussi, et peut-être surtout, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Ces dernières incarnent de façon emblématique le rapprochement entre les deux courants analysés précédemment. Elles visent à opérer un lien entre le secteur social et le secteur psychiatrique, en allant à la rencontre des personnes sans-domicile dans la rue ou dans les foyers, sur sollicitation des travailleurs sociaux (Marques 2010). Elles font le lien avec les secteurs de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

psychiatrie, mais aussi avec les centres médico-psychologiques et les lits d'hospitalisation. Les EMPP marquent ainsi la légitimation définitive des professionnels de la santé mentale dans la prise en charge des personnes sans-domicile.

Conclusion

La formation d'une juridiction pluridisciplinaire de prise en charge de la question SDF – c'est-à-dire d'un espace de coopération et de concurrence entre différents groupes professionnels investis dans la résolution de ce problème – s'opère en une vingtaine d'années, du milieu des années 1980 au milieu des années 2000. Avec la formulation de plusieurs préoccupations relatives aux soins des plus pauvres, les professionnels de santé s'imposent progressivement comme des acteurs légitimes dans la prise en charge. Autrement dit, la médicalisation de la prise en charge participe activement de sa professionnalisation : c'est à travers la formulation de ces questions médicales que s'opère définitivement l'inscription de la prise en charge des sans-domicile dans un paradigme assistanciel et que sont créés des dispositifs fondés sur l'articulation du travail d'accompagnement et du travail de soin. Dans la continuité des études sur la médicalisation (Szasz 1961 ; Zola 1972 ; Conrad et Schneider 1992 ; Conrad 1992), plusieurs travaux ont mis en lumière les effets dépolitisants de la médicalisation de la pauvreté, en termes de responsabilisation individuelle et d'occultation des inégalités socioéconomiques (Mathieu 1993 ; Lyon-Callo 2000 ; Lyon-Callo et Hyatt 2003), notamment à travers les débats qui ont porté sur la prévalence des troubles psychiatriques parmi les sans-domicile (Snow et al. 1986; Snow, Baker, et Anderson 1988 ; Wright 1988). En focalisant l'attention sur la prétendue folie endémique au sein de cette population, on omet les conditions structurelles à l'origine des situations de dénuement (Bruneteaux et Terrolle 2010). Dans le contexte français, la focale sur l'état de santé des sans-domicile et la pathologisation de leurs comportements – à travers les symptômes et les processus de désocialisation, de clochardisation ou d'asphaltisation –, amène à considérer et à traiter les effets plutôt que les causes de la question SDF.

Pourtant, la santé n'est pas, en soi, une question apolitique (Fassin 1996 ; Pierru 2007). Analyser la santé des pauvres sous l'angle de l'accès aux soins, de la culture somatique et des inégalités sociales de santé par exemple (Boltanski 1971 ; Aïach 2010 ; Loretti 2017), revient à interroger les mécanismes et processus socioéconomiques à l'origine des situations pathologiques et, partant, à réintroduire les rapports sociaux dans l'analyse. En ce sens, une repolitisation de la question de la santé des pauvres pourrait passer par une mise en débat de la tension entre accès au droit commun des pauvres et des précaires, et spécialisation des institutions d'accès aux soins et de prise en charge médicale. Par ailleurs, on peut considérer

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

que plusieurs autres processus, pratiques, mécanismes, contribuent aussi à la dépolitisation des problèmes sociaux. Les évolutions du travail social, s'orientant vers un accompagnement de plus en plus individualisé, en sont une illustration (Aballéa 1996, 2000). Le *case work*, forme d'accompagnement importé des États-Unis dans les années 1950, empreint de psychologie et visant à amener la personne accompagnée à identifier le fond des problèmes qu'elle rencontre (Bresson 2012), a récemment connu un renouveau (Gaspar 2012). Les analyses de Jean-Sébastien Alix soulignent ainsi que les pratiques d'accompagnement de l'action sociale ont progressivement cessé, à partir des années 2000, de viser l'émancipation des usagers pour privilégier leur responsabilisation accrue (Alix 2019). Cette évolution touche à la fois les pratiques professionnelles, mais également les modes de financement de l'action sociale et médico-sociale (Alix et al. 2018), de plus en plus affectée par des contraintes gestionnaires et par l'importation d'outils de mesure et d'évaluation de l'activité professionnelle qui amènent à privilégier le nombre de dossiers traités sur les effets durables de la relation d'accompagnement (Chauvière 2007). Une partie de ces évolutions, et d'autres encore, ont été observées au cours de l'enquête de terrain dans les dispositifs de prise en charge spécialisés, qu'il convient maintenant d'analyser.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Deuxième partie. Vision et division du travail de prise en charge des personnes sans-domicile

La deuxième partie de cette thèse est consacrée au travail mis en œuvre au sein des dispositifs qui forment le système de prise en charge des sans-domicile. Il s'agit de déplier ce système (Juston 2017b), en montrant les tensions qui le traversent à l'échelle de l'organisation, de la division du travail et des rapports entre segments et groupes professionnels investis. Ce système forme un tout, avec des visées, des règles et des principes d'organisation propres qui tendent à s'imposer à chacun des dispositifs qui le composent. Néanmoins, son efficacité dépend étroitement de l'articulation entre ces dispositifs, ainsi que de la diversité des modes d'appropriation de l'organisation par les professionnels qui y travaillent. S'ils ont conscience de s'inscrire dans ce système général, ces derniers se réfèrent aussi et surtout aux visées propres au dispositif auquel ils se rattachent, voire au groupe ou au segment professionnel dont ils se revendiquent. Déplier le système de prise en charge implique donc d'analyser les principes de vision et de division du travail, c'est-à-dire les représentations, les pratiques, les catégorisations et l'organisation qui le structurent. Celles-ci relèvent de l'appartenance plus ou moins conscientisée à un groupe professionnel (le travail social, la médecine, la santé mentale), à un dispositif spécifique (l'accueil de jour, l'hébergement médicalisé ou non, la réinsertion, le centre de soins, la veille sociale et sanitaire), à un secteur d'activité (l'exclusion, la médecine sociale, la question SDF) voire, le cas échéant, à d'autres référentiels (de genre, de classe, de génération, voire de race ou d'appartenance religieuse).

La réflexion s'inscrit dans la continuité des travaux sur les personnes sans-domicile et leur prise en charge. Ils sont ici prolongés à partir des apports propres de la sociologie des groupes professionnels. Plusieurs lignes de clivage ont été mises en lumière, entre l'urgence et la longue durée (Pichon 2001 ; Pichon et Torche 2011 ; Damon 2002 ; Gardella 2014a), l'inconditionnel et le sélectif (Soulié 1997; Gardella 2014b), la dimension diurne ou nocturne des dispositifs d'assistance (Pichon 1996 ; Bruneteaux 2017). Ces lignes de clivages se superposent ou se croisent et sont à l'origine de modalités de travail nettement différenciées. Certaines recherches ont ainsi éclairé les règles qui régissent le fonctionnement des dispositifs (Bruneteaux 2006, 2007), les comportements attendus de la part des aidé-e-s (Amistani 2001), les systèmes de valeurs imposés par les structures associatives qui les portent (Brodiez-Dolino 2018). D'autres insistent davantage sur les visées de socialisation du système de prise en charge : celui-ci s'apparente alors à un ensemble de principes intégrateurs, qui rappellent que les personnes fréquentant ces dispositifs, précisément parce qu'elles sont saisies par l'aide et l'action sociale, continuent de faire société (Simmel 1998 ; Joseph 2005 ; Ballet 2005). Ces

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travaux insistent sur les modalités d'appropriation matérielles et symboliques des mesures d'accompagnement par les personnes qui sont supposées en bénéficier (Maurin 2015 ; Grand 2015 ; Coulomb 2016). Enfin si des travaux ont souligné les effets concrets des pratiques professionnelles sur les parcours des usagers (Le Méner 2011, 2013 ; Cefaï et Gardella 2011), les situations d'incompréhension réciproque entre aidants et aidés (Benoist 2008 ; Coulomb 2016) ou encore les modes de réflexivité à l'œuvre dans les relations d'accompagnement (Gardella 2017), peu se sont focalisés sur ce que recouvre réellement ce travail d'accompagnement (Jouve 2008 ; Grand 2013 ; Maurin 2017b) et sur la manière dont les professionnels de statuts et de disciplines divers travaillent, ensemble ou séparément, de façon coordonnée ou concurrentielle, afin d'atteindre des objectifs qui peuvent eux-mêmes faire l'objet de définitions divergentes.

C'est ce que l'on propose de faire dans cette partie composée de trois chapitres. Chacun est consacré à un ensemble de dispositifs spécifiques, identifiés par leur fonction revendiquée dans le cadre du système de prise en charge – « accueillir, héberger, soigner, veiller ». En partant de ces fonctions et de leur cohérence affichée, de leur articulation et leurs visées, on analyse les contradictions, les tensions, les rapports de concurrence et de coopération qui s'y déploient et qui structurent la prise en charge des personnes sans-domicile. Dans cette perspective, le chapitre 3 est consacré à un acteur historique du monde lillois de la prise en charge des personnes sans-domicile – l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse (Abej) – et à deux de ses dispositifs emblématiques – son accueil de jour et son centre de santé. En analysant les évolutions de cette association et de ses deux dispositifs les plus anciens, ce chapitre propose l'étude d'un cas emblématique des processus de professionnalisation de la prise en charge des sans-domicile. Le chapitre 4 propose l'étude comparée de deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Tous deux intègrent à leur organisation des dispositifs de soins (permanences ponctuelles de professionnels extérieurs aux CHRS, places médicalisées faisant l'objet d'un financement et d'un fonctionnement distincts). Cette organisation amène à étudier la division du travail médico-social qui prévaut dans ces structures et ses effets en termes d'accompagnement, de réinsertion et de soin. Enfin, le chapitre 5 permet de revenir sur le travail de veille assuré par deux dispositifs emblématiques du travail de prise en charge : le numéro d'appel du 115 et les maraudes. Ils mettent en œuvre un travail de veille très différent mais complémentaire, à la croisée du travail humanitaire et du travail social, du *care* et du *cure*, avec l'objectif de réaffilier les sans-abri au système de prise en charge.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 3. Accueillir et soigner. La professionnalisation de l'Abej et de ses dispositifs

Ce troisième chapitre a deux ambitions. La première est de chercher à restituer la diversité des processus qui participent de la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile à partir d'une étude de cas. Ce cas est celui de l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse (Abej), créée à Lille au milieu des années 1980 et devenue aujourd'hui l'un des principaux acteurs de cette prise en charge au nord de Paris. Il s'agit de comprendre comment, d'une communauté religieuse d'une dizaine de personnes au milieu des années 1980, l'Abej est devenue une association laïque de près de 500 salariés (dont environ 265 équivalents-temps plein, ETP). Les pionniers de Nanterre l'ont évoquée de manière élogieuse à diverses reprises au cours des entretiens réalisés avec eux, tandis qu'Édouard Gardella l'identifie dans sa thèse comme l'un des deux acteurs non parisiens – avec Notre-Dame des sans-abri, association lyonnaise étudiée par Axelle Brodiez-Dolino (2018) –siégeant à la table des négociations qui mènent, en 2009, à la « refondation de la politique d'hébergement et de logement des personnes sans-abri » (Gardella 2014a, chapitre 7). La seconde ambition de ce chapitre est d'amorcer l'analyse du travail de prise en charge médico-sociale à travers l'étude de deux des dispositifs les plus anciens de l'Abej : son accueil de jour et le centre de santé qui lui est accolé. En focalisant l'analyse sur l'articulation de ces deux dispositifs et la division du travail qui y prévaut, on aborde différentes thématiques qui seront approfondies dans d'autres chapitres de cette thèse. Il s'agit aussi de restituer les évolutions qu'a connues l'accueil, à la fois en termes d'organisation et de pratiques d'accompagnement, mais aussi de public accueilli.

Trois sections composent ce chapitre. La première est consacrée aux prémices de l'Abej. Avant d'être menées dans le cadre d'une association du type loi 1901, diverses actions sont réalisées, à l'initiative d'une poignée de personnes de confession protestante affiliées à une Église baptiste et engagées dans une communauté de vie à Lille. L'inscription durable de la nouvelle pauvreté et l'apparition de la question SDF dans l'espace public les incitent à structurer leurs initiatives, au moment où les pouvoirs publics déploient les premières mesures ciblant spécifiquement ce phénomène (section 1). La deuxième section met en lumière la pluralité des processus qui participent de la professionnalisation de l'Abej. On cherche notamment à montrer comment des dynamiques individuelles et collectives, locales et nationales, se combinent et contribuent à l'affirmation de l'association comme « *tête de réseau* » (section 2). La troisième section est consacrée au travail de prise en charge des personnes qui fréquentent l'accueil de jour et le centre de santé de l'Abej. L'analyse se concentre sur l'articulation des deux dispositifs et le travail de liaison opéré par les professionnels qui y travaillent (section 3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. De la communauté de vie baptiste à l'Abej-Solidarité (1975 – fin des années 1980)

Cette première section est consacrée aux prémices de l'Abej-Solidarité. À l'origine, celle-ci n'est autre qu'une communauté baptiste dont les membres s'investissent, au milieu des années 1980, pour faire face à la nouvelle pauvreté et à son incarnation la plus visible dans l'espace public, la question SDF. Cet investissement n'est pas anodin : la filiation entre les œuvres portées par les congrégations religieuses, la structuration de l'action sociale et les formes associatives contemporaines a déjà été soulignée (Hazzard 1998 ; Brodiez-Dolino 2013 ; Katz 2015) et l'on a cherché à en resituer certaines dimensions dans le premier chapitre de cette thèse. En se focalisant ici sur le cas de l'Abej, on donne corps à ces éléments d'analyse en les étayant et en les détaillant, tout en s'interrogeant sur les spécificités propres à ce cas. Il s'agit notamment de montrer que les systèmes de valeurs religieuses, en l'occurrence baptistes, des fondateurs de l'association, entrent en résonnance avec des dispositions professionnelles spécifiques, résonnance propice à leur investissement dans la prise en charge de la nouvelle pauvreté. D'abord réalisée dans une optique strictement religieuse d'évangélisation, la communauté baptiste s'engage bientôt dans l'action sociale et médico-sociale en direction des personnes sans-domicile (I). Ces initiatives prennent de l'ampleur, et à mesure que la prise en charge de la question SDF fait l'objet de mesures de plus en plus ciblées de la part des pouvoirs publics, l'investissement des membres pionniers de la communauté évolue et s'institutionnalise : l'Abej amorce sa professionnalisation (II).

I. De l'évangélisation à l'action sociale, une conversion dispositionnelle

Avant de s'affirmer en tant qu'association, l'Abej est un groupe d'individus affiliés à un courant spécifique du protestantisme, le baptisme. Plus précisément encore, ces personnes ne sont pas de simples croyants : elles font le choix d'un mode de vie communautaire, c'est-à-dire de mettre en commun leurs ressources et de partager des lieux de vie, tout en y accueillant des personnes extérieures et en menant des actions d'évangélisation dans l'optique de diffuser leur foi. C'est dans le cadre d'une initiative spécifiquement religieuse que se développe l'action sociale de l'Abej. Afin de préciser ces éléments, on apporte quelques éléments de cadrage sur l'action sociale du baptisme en France (1). Les deux points suivants sont liés : on met en lumière les correspondances entre l'engagement religieux et l'engagement social des membres fondateurs de l'Abej, en analysant les affinités électives entre le baptisme et l'action sociale, le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

rôle des réseaux de sociabilités et des systèmes de valeurs ainsi que les reconversions dispositionnelles qu'a impliquées le déploiement de l'action sociale (2 et 3).

1. L'action sociale baptiste en France

L'Abej est la branche locale d'une structure plus large, qui déploie des initiatives à différents endroits en France et participe du renouveau de l'action caritative qui s'opère dans la seconde moitié du XXe siècle, à la faveur de la structuration de l'action sanitaire et sociale. Depuis le début du XIXe siècle, les protestants forment une « *minorité active* » dans le champ caritatif français (Gilson 2011) : leur nombre relativement faible ne freine pas un investissement marqué dans l'action caritative, qui deviendra action sociale à partir des années 1950. Cette action s'inscrit dans la « *diaconie* », que Martha Gilson définit comme le « *service à l'autre dans une optique chrétienne et évangélique* » (Gilson 2011, p. 64). Cette visée se retrouve nettement dans le baptisme. Celui-ci est un courant évangélique qui se définit avant tout par une pratique du baptême d'adultes par immersion intégrale des convertis. Il se caractérise par ailleurs par un degré d'autonomie élevé des communautés locales, qui constituent autant d'Églises (Willaime 2005), et par un militantisme qui peut prendre différentes formes mais demeure fréquemment lié à la prise en charge de la question sociale[94] (Fath 2001; Duriez, Fouilloux, et Michel 2001). On retrouve cette affinité pour le social dans le cas de l'Abej. Celle-ci est la branche nordiste d'une structure-mère du même nom – qu'on identifiera comme Abej-Nationale ou Abej-N afin de faciliter la distinction dans les pages qui suivent. L'Abej-N est elle-même rattachée à la Fédération des Églises Évangéliques Baptistes de France (FEEBF), qui développe et entretient la doctrine baptiste sur le territoire français.

L'Abej-Nationale est créée en 1944/1945 à partir des initiatives éparses d'Églises baptistes qui ont fleuri à partir des années 1920 dans le champ de la prise en charge de l'enfance et de l'adolescence[95]. Elle reprend ou crée colonies de vacances, orphelinats, structures pour adolescents, à une époque où le secteur de prise en charge de « l'enfance inadaptée » se restructure et se professionnalise (Chauvière 1980 ; Muel-Dreyfus 1980). Cette action se déploie à l'échelle nationale, avec la création de comités locaux subordonnés à l'Abej-N. Dans

[94] L'une des figures emblématiques du baptisme, assumée comme une source d'inspiration de l'Abej dans le nord, est Martin Luther King.

[95] Les éléments rapportés dans les prochains paragraphes sont tirés et résumés de l'article « Abej, 70 ans déjà ! » de Jean-Pierre Koechlin (pp. 23-28), dans Bapt. Mag, numéro unique imprimé à l'occasion de la Convention nationale baptiste en mai 2016 et disponible en ligne : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiXosOyosjhAhU3AWMBHV1iAfwQFjAJegQIARAC&url=http%3A%2F%2Factus.feebf.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F07%2FBapt-Mag-basse-def.pdf&usg=AOvVaw0A4JlvavJGJuTtyta7ZlWa, consulté le 11 avril 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

les années 1960, un agrément de la Direction de l'action sociale et sanitaire (DASS) signe la reconnaissance du travail accompli et un encouragement à poursuivre l'action. Progressivement, l'Abej-N s'inscrit dans un processus de diversification de ses activités, en ouvrant au même moment plusieurs maisons de retraite. Ce processus n'aura de cesse de se poursuivre, épousant les mutations profondes que connait le monde associatif à la fin du XXe siècle (Hély 2009 ; Hély et Simonet 2013). À partir des années 1970, l'Abej-N est touchée par des changements structurels importants. Elle rencontre des difficultés financières et certaines parmi les plus anciennes et les plus emblématiques de ses missions sont suspendues, tandis que plusieurs de ses locaux sont vendus. Plutôt que de mener à sa faillite, ces difficultés se traduisent par un renouveau des actions de l'Abej-N, dont on peut souligner deux caractéristiques.

D'une part, ce renouveau ne passe pas par les œuvres traditionnelles, mais davantage par des actions ponctuelles et locales, toujours inscrites dans des sociabilités religieuses. On montre dans le point suivant comment ce renouveau s'est opéré dans le nord de la France, à partir des initiatives d'une paroisse baptiste qui n'a initialement rien à voir avec l'Abej-N, mais s'y rattachera lorsque son action se structurera. D'autre part, à partir des années 1980 l'association ouvre un nouveau champ d'action, l'aide aux plus démunis. La réorientation de ces activités, comme pour d'autres associations caritatives ou déjà investies sur les questions de pauvreté ou de logement (Brodiez-Dolino 2008), ne doit pas être lue comme une réponse concertée et homogène à ce problème. Elle ne le sera qu'*a posteriori,* lorsque la puissance publique identifiera la question SDF comme un problème nécessitant son intervention, au début des années 1990, intervention qui passera par le recours croissant aux acteurs caritatifs, ces derniers pouvant se prévaloir d'une expérience de plusieurs décennies, voire plusieurs siècles, dans l'assistance aux pauvres. Le phénomène massif qu'est alors en train de devenir la « *nouvelle pauvreté* » (Paugam 1991, 1996 ; Duvoux 2011) fournit aux associations investies dans l'action sociale une opportunité de se renouveler, de redéployer leurs actions et de se pérenniser. Cette réorientation stratégique est en adéquation avec les valeurs du christianisme social et, dans le cas de l'Abej, du baptisme.

À partir du milieu des années 1970, des lieux d'accueil et des centres d'hébergement sont ouverts, notamment dans le nord de la France. Ces derniers s'affilient à l'Abej-N au cours des années 1980. En partant de ces premières expériences, l'Abej-N étend son réseau en nouant des partenariats avec d'autres associations affiliées au baptisme et œuvrant également à la prise en charge de publics vulnérables. Ce sont néanmoins les trois sites nordiste, picard et francilien qui contribuent à son rayonnement. Leur croissance amène l'association à s'engager dans un processus de décentralisation et à rendre autonomes ses antennes locales en 1993 : désormais, toutes ont ou peuvent avoir le statut d'association. Alors que d'autres antennes locales plus petites se développent, l'Abej-N est officiellement créée en 2005 afin d'intégrer ces différentes entités sous une étiquette commune. Elle prend la forme d'une fédération qui entérine les

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

évolutions récentes et leur donne un cadre. Tout en assurant une autonomie aux antennes locales qui sont devenues ses figures de proue, l'organisation fédérative confère une stabilité et un réseau précieux aux structures qui s'y rattachent. La structuration de l'Abej-N se caractérise par une diversification de ses activités – des publics accueillis et des modes d'accueil proposés comme on le détaille ci-dessous –, et par des changements d'échelles de référence visant simultanément à reconnaitre l'importance des antennes locales tout en unifiant la portée de ses actions. La hausse considérable des « chiffres » qu'elle doit gérer (budget, personnels, dispositifs, personnes accompagnées, partenaires…) illustre la montée en charge de l'action sociale et médico-sociale. Une focale sur l'Abej-solidarité permet d'étayer ces éléments et d'analyser l'influence des sociabilités religieuses dans l'engagement social d'acteurs se réclamant du baptisme.

2. Aux origines de l'Abej : vie communautaire et aspirations au service social

Si le nord a été l'un des premiers lieux d'implantation du baptisme en France, il n'y a pas pour autant prospéré. Il faut attendre la seconde moitié du XXe siècle pour qu'il s'y développe à nouveau (Fath 2001). En 1952, une Église baptiste est créée dans la région lilloise. Au sein de celle-ci, un pasteur, sa femme et un autre couple s'engagent en 1975 dans une vie communautaire. Ce mode de vie consiste en une mise en commun de l'ensemble des ressources des personnes qui choisissent de s'y engager, de manière temporaire, durable, ou permanente. Après quelques années, plusieurs autres personnes, principalement des couples, les rejoignent. Parmi les membres rencontrés, on trouve des personnes issues des petites classes moyennes ou populaires stables (principalement fils et filles de petits entrepreneurs, commerçants, contremaitre et dans un cas, ouvrier), ayant en commun d'avoir été investis précocement dans des organisations de jeunesse du type scoutisme, et dans un cas, par la JOC. Ils et elles appartiennent eux-mêmes aux classes moyennes stables au moment de l'enquête, et connaissent plutôt une trajectoire ascendante – parfois rendue possible l'Abej : on trouve deux pasteurs – dont l'un deviendra directeur de l'association – deux médecins, une infirmière qui deviendra cadre de santé, ou encore une assistante sociale (non interrogée). C'est de cette communauté que nait l'Abej :

> La paroisse n'était pas qu'une paroisse : au sein de la paroisse, y'avait aussi une communauté de vie, donc des membres de la paroisse qui mettaient en commun leurs biens, leurs ressources, qui vivaient ensemble. Et donc il y avait à peu près une soixantaine de personnes, enfin… on va dire une trentaine de personnes qui vivaient ensemble, trente, quarante personnes, dans différents lieux, et déjà on accueillait des gens à la rue dans nos propres maisons. Et donc c'est l'ancêtre de l'Abej.
>
> Pionnier 1

> On avait cinq lieux de vie. Moi j'étais dans un lieu de vie situé boulevard de Metz, et j'ai habité rue d'Holbach, enfin dans plusieurs lieux de vie. De ce qui ne s'appelait pas l'Abej avant, puisque c'est

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> né d'une paroisse… c'est né d'une paroisse, et cette paroisse avait des lieux de vie communautaire. Mais l'Abej est le fruit, le résultat d'un travail qui était préalable, de paroisses. C'était un accueil paroissial qui était confronté à l'apparition, à la venue de toutes ces personnes sans-domicile fixe. Le tout début de l'Abej, c'était de manière, je dirais très… je dirais pas boy-scout mais c'est presque ça (sourire).
>
> Pionnière 1

Un lien se dessine entre la communauté baptiste et l'Abej, qu'il convient d'expliciter. C'est par le biais des actions d'évangélisation menées dans le cadre de la paroisse que ses membres sont confrontés à la pauvreté. Dans ce cadre, ils commencent à réfléchir à des initiatives pour y apporter une réponse :

> On avait un bus qui est était là trois fois par semaine et qui proposait aux gens de venir dialoguer de choses et d'autres, de spiritualité mais aussi de choses de la vie, sans contraintes, sans obligation. Donc ce bus, jusqu'à 22h le soir, deux ou trois fois par semaine. Et c'est vrai que régulièrement on croisait des personnes en difficulté, des personnes qui repartaient dormir dehors, à la rue, quelques-unes à l'Armée du Salut à l'époque… parce qu'en tant qu'hébergement il y avait que l'Armée du Salut quasiment. Donc des gens très, très en difficulté.
>
> Pionnier 2

> On avait un lieu d'accueil qui était sous la forme d'un bus, un café… dit « café-chrétien ». Y'a des gens qui s'en souviennent encore de ce bus rouge à deux étages. […] Donc il y avait ce bus, où on était une équipe de la paroisse, dont la plupart était des jeunes professionnels, qui animions ce lieu de 16h à 22h. Et donc c'est vrai qu'on a vu arriver de plus en plus de personnes qui venaient là pas du tout pour des questions spirituelles, mais parce que, bah voilà, on ouvrait à 16h, on fermait à 22h, donc elles venaient là, elles buvaient un café, elles buvaient une soupe, c'était plutôt sympathique. Et donc à 22h quand on fermait ce bus, parce que le bus repartait au garage, ces gens à qui on parlait, avec qui on créait du lien, bah finalement un certain nombre d'entre eux repartaient dormir à la rue, dans l'abribus, etc. Donc on était interpelé, je pense comme aujourd'hui plein de gens sont interpelés par la question des migrants et d'autres fragilités, et donc on a commencé à accueillir des personnes chez nous.
>
> Pionnière 1

Le bus s'inscrit dans l'optique d'une diffusion de la foi chrétienne caractéristique des mouvements évangéliques[96] (voir annexe 3.1). Cette dimension ne se veut pas excluante, et ce sont précisément les personnes qui ont un usage plus matériel et utilitaire du bus, dont la proportion tend à augmenter, qui interpellent les baptistes. En comprenant que certaines d'entre elles n'ont pas de logement ou de solution d'hébergement, les baptistes commencent à les accueillir chez eux. L'accueil à domicile de personnes privées de logement sur le long terme témoigne d'un degré d'engagement important :

> Et dans un premier temps, ils ont accueilli les premières personnes de la rue chez eux, dans leurs familles. Ça a été vraiment le point de départ. Pas évident hein… je me souviens de XX qui me

[96] Yannick Fer et Gwendoline Malogne-Fer soulignent qu'au début des années 1980, des groupes évangéliques organisant la « Marche pour Jésus » à Paris, conduisent également un « bus pour Jésus » et mènent des actions d'évangélisation dans les quartiers du nord de Paris. Ils sont confrontés à la nouvelle pauvreté et à la question SDF, mais ne s'investissent pas dans cette cause et poursuivent les actions d'évangélisation (Fer et Malogne-Fer 2017). Il est possible que des liens aient existé entre cette initiative et celle des baptistes lillois, qui ne l'ont pas évoquée au cours des entretiens néanmoins. Je remercie Yannick Fer de m'avoir indiqué l'existence de ce bus.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> disait, à propos de quelqu'un qui est toujours à l'Abej, David, qu'il avait mis un rideau dans sa chambre (rires), et David dormait à la moitié quoi… (rires) jamais je pourrais faire ce genre de choses.
>
> Pionnière 2 (hors communauté)

L'asymétrie et la distanciation supposées guider les relations d'accompagnement dans le système de prise en charge contemporain sont alors des considérations très éloignées. La décision d'héberger des personnes privées de logement est ainsi étroitement liée à la dynamique de la communauté de vie : non seulement cette décision est en adéquation avec les principes de la communauté, mais l'on peut par ailleurs penser que c'est une décision collective qui tend à occulter, gommer ou désamorcer les éventuelles réticences individuelles qui ont pu surgir lors de ce choix (McAdam 1988). Cet évènement est fondateur et amorce l'engagement sur le long terme des membres de la communauté. Pendant quelques années, ils accueillent des personnes sans-domicile dans leurs « *lieux de vie* ». Toutefois, cette démarche trouve rapidement ses limites, notamment en termes d'accompagnement social. Les baptistes déploient alors une nouvelle action :

> On s'est dit que peut-être qu'il avait des personnes pour qui on pouvait faire quelque chose d'un peu plus construit. Sauf qu'entre 16h et 22h, les administrations sont fermées, et à part les accueillir et leur servir un café, les laisser passer un moment au chaud où elles se sentent bien, on peut pas faire grand-chose d'autre. C'est ce qui a amené une petite équipe de la paroisse, avec le pasteur de l'époque, à dire, « *mais qu'est-ce qu'on pourrait imaginer pour être un peu plus efficace ?* ». Mais sans… sans être dans cette dimension… de réflexion sur du long terme. C'était un peu comme aujourd'hui, on voit un peu des actions spontanées, et je pense qu'on était un peu dans ce cadre-là. On s'est dit, on était jeunes, alertés et je pense aussi conscientisés d'un problème qui mettait des gens vraiment en difficulté et face à ça on s'est dit, « *qu'est-ce qu'on pourrait faire ?* ». C'est comme ça qu'est née l'idée d'un autre bus, parce qu'on connaissait bien le système (rires). Nous avons donc acheté un autre bus que nous avons aménagé.
>
> Pionnière 1
>
> **Depuis quand êtes-vous à l'Abej ?**
>
> Je suis à l'Abej depuis sa création, donc depuis le 2 décembre 1985.
>
> **C'est la date de dépôt des statuts ?**
>
> Non, c'est la date de démarrage de l'action. Qui était une action qui ne devait durer qu'un hiver, puis un second hiver, puis qui s'est pérennisée. Donc c'est pour ça que je me rappelle très bien la date. […] Il y avait la paroisse et puis l'association mais quand on a démarré l'action, on s'est dit bah voilà, il fallait se rattacher à une association, et on s'est rattaché tout naturellement à une association nationale qui existait et qui s'appelait l'Abej. Et ce n'est qu'en 1993 que chaque association Abej, chaque comité local Abej est devenu indépendant.
>
> Pionnier 1
>
> **Depuis quand êtes-vous a l'Abej ?**
>
> Je suis à l'Abej depuis son origine, puisque je fais partie des personnes qui ont créé, qui ont démarré, créé l'association, donc c'était l'hiver 1985/1986.
>
> **Donc avec le bus ?**
>
> Avec le bus, c'est ça. Bus à double étage où on accueillait les gens, et moi je venais une ou deux fois par semaine pour faire un peu de soins et d'orientation médicale puisqu'on n'avait pas le cabinet installé comme maintenant.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Pionnier 2

Forts de leurs savoir-faire pratiques et relationnels développés dans le cadre de leur « *café-chrétien* », les membres de la communauté acquièrent un second bus afin de proposer un accueil dont la visée est cette fois moins spirituelle que sociale. L'action du second bus commence lors de l'hiver 1985/1986 (annexe 3.2 et 3.3). Ce tournant est décisif : le rattachement officiel de la paroisse à l'Abej intervient lors du « *démarrage de l'action* », marqué par l'installation du second bus. L'affiliation associative entérine la reconversion de l'action évangélique en action sociale :

> Dès le départ on s'est dit : on est une bande de chrétiens, on veut faire du travail social, on veut surtout pas faire de la charité comme au Moyen Âge, où on faisait ça pour les bonnes œuvres, etc. On voulait surtout se démarquer, on voulait… on était des chrétiens qui voulions être des gens modernes, donc coller avec les besoins de nos contemporains. Donc apporter des réponses modernes. Et très vite on s'est dit, mais accueillir les gens dans des dortoirs, on n'est plus au Moyen Âge là ! […] Donc voilà, après on voulait vraiment se démarquer d'une charité, qui n'avait plus cours. Par contre c'est vrai que notre moteur personnel, c'est la foi.
>
> Pionnier 1

Les représentations de ce pionnier autour de la charité sont tranchées : celle-ci renvoie pour lui au « *Moyen Âge* » et aux « *bonnes œuvres* ». L'extrait témoigne d'une volonté de mettre à distance une tradition perçue comme dépassée et rétrograde pour mieux l'inscrire dans l'action sociale et associative, participant ainsi au processus de professionnalisation qui touche le secteur de la prise en charge des sans-domicile à la fin du XXe siècle. Cette mise à distance et l'aspiration au « *modernisme* » méritent néanmoins d'être nuancées. L'Abej et ses membres restent en effet les héritiers de l'histoire pluriséculaire de la prise en charge des pauvres (Geremek 1987 ; Gilson 2011 ; Agamben 2013). À ses débuts au moins, cette action est nettement inscrite dans une logique caritative et dans le prolongement de la tradition charitable des œuvres, avec laquelle elle nourrit des affinités électives marquées. L'engagement religieux initial de ces acteurs, le système de valeurs qu'il entretient et sur lequel il repose, détermine nettement leur engagement social. Pourtant, dans le renouveau qu'a connu le protestantisme à la fin du XXe siècle, ce lien n'est pas évident. Ce renouveau s'est essentiellement appuyé sur les courants charismatiques et pentecôtistes, encourageant une pratique spirituelle centrée sur l'épanouissement personnel des individus[97]. Ce type de reconversion des formes d'engagement

[97] Cette pratique se retrouve de façon marquée dans la transe, ou « *possession par le Saint-Esprit* » qui caractérise certains cultes. À propos du pentecôtisme et du charismatisme, Fath souligne que si ces courants empruntent diverses inspirations à ceux plus « classiques » du protestantisme, tous deux se distinguent par une croyance en la « glossolalie » en tant « *qu'œuvre miraculeuse du Saint-Esprit* », qui désigne une « aptitude soudaine à parler ce qui s'apparente à différentes langues en priant lors d'un culte ou d'une théophanie » (Fath 2005, p. 370). Il convient également de ne pas généraliser à l'excès : le protestantisme se caractérise par une multitude de courants et de cultes, reconnus ou non, de sorte que Fath identifie, aux côtés du « *charismatisme d'épanouissement personnel, marijuana du seigneur* », *un « milieu pentecôtiste ascétique* » qui consiste à « *"sortir du monde" avec l'Esprit* » (Fath 2005, pp. 311-315).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

est plutôt propre au milieu « piétiste-social », au sein duquel on retrouve de nombreux baptistes et qui se caractérise par « *une articulation prononcée entre vie évangélique et service social* » (Fath 2005, p. 303). On peut ainsi distinguer trois temps dans les origines de l'Abej : du milieu des années 1970 au début des années 1980, la communauté baptiste mène, à travers son « café-chrétien » itinérant, une action d'évangélisation ; puis du début au milieu des années 1980, elle mène des actions caritatives qui se caractérisent par l'hébergement de personnes sans-domicile puis par un accueil médico-social itinérant ; enfin, à partir de l'hiver 1985/1986, cette action caritative se mue en action associative, alors que celle-ci est amenée à se répéter (annexes 3.4 et 3.5).

3. De l'engagement religieux à l'engagement militant et professionnel

Le bus occupe, dans l'imaginaire collectif des membres de l'Abej, une place centrale. Il est au cœur d'un récit fondateur, qui participe de la construction d'une identité collective très forte, au point de prendre le pas sur le détail des évènements : une pionnière explique par exemple qu'une confusion est souvent opérée entre les deux bus et leurs visées propres d'évangélisation et d'action sociale. Cette confusion contribue néanmoins à entretenir le mythe du récit fondateur. La présence durable des pionniers au sein de l'association y participe également. C'est par exemple le cas de cet ancien pasteur :

> **Avant ça donc, vous étiez pasteur ?**
>
> Oui, j'étais pasteur.
>
> **À la paroisse protestante…**
>
> Oui, mais il y a plusieurs paroisses, donc à la paroisse baptiste. Les baptistes, c'est une des familles du protestantisme.
>
> **Et donc c'est cet engagement initialement religieux qui a amené…**
>
> Oui, c'est ça, c'est tout à fait ça. Disons qu'en tant que pasteur de la paroisse, un des pasteurs de la paroisse, j'étais déjà à titre personnel très impliqué, très concerné par les questions liées aux personnes à la rue. Donc tout naturellement, quand la paroisse a réfléchi à cette problématique, j'ai été désigné d'office si je puis dire (rires) pour mener l'action.
>
> Pionnier 1

Initialement investi dans la paroisse en tant que pasteur, ce pionnier a occupé diverses positions, bénévoles, salariées, et dirigeantes, dans l'association : il a d'abord conduit le bus d'action sociale avant de diriger l'accueil de jour à ses débuts, puis le pôle regroupant les différents dispositifs d'accueil, avant de devenir au début des années 2000 directeur général de l'association. Cette trajectoire est archétypique. Elle témoigne d'une vocation spirituelle à travers l'engagement dans le pastorat, vocation qui débouche « *tout naturellement* » sur son investissement social. Au-delà de ce cas emblématique, d'autres membres de la paroisse ont

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

connu une bifurcation biographique et professionnelle à travers leur investissement au sein de l'Abej (Leclerc-Olive 2009). Le processus de reconversion de l'activité religieuse et caritative en action sociale associative s'observe ainsi à l'échelle des socialisations, des dispositions et des trajectoires biographiques individuelles (Siméant 2001, 2009 ; Brodiez-Dolino 2009a ; Descloux 2018) : de nombreux membres de la communauté fondatrice se retrouvent aujourd'hui à des postes de direction de l'association, en tant que salariés ou bénévoles. Un trait saillant commun à ces personnes, comme à d'autres qui les rejoindront plus ou moins rapidement, est ainsi que leur engagement dans l'action sociale est indissociable de leur investissement religieux préalable :

> **Votre investissement à l'Abej est lié au fait que vous étiez dans la paroisse fondatrice…**
>
> Oui, c'est ça. Donc moi mon investissement, il date d'il y a un certain temps (rires).
>
> **Vous sauriez dater ?**
>
> Ah bah, dans les années 1980 j'étais infirmière et j'étais aussi membre de cette paroisse, donc je faisais partie de cette équipe qui était une équipe qui animait un lieu paroissial… de partage de la foi. Donc mon investissement… alors après je pense que mon investissement il remonte plus loin encore, parce que bah j'ai dit que mon papa il était ouvrier, donc je pense que la question de la… je peux pas dire que j'étais dans un milieu précaire, mais j'étais dans un milieu ouvrier, donc la question populaire, c'est pas quelque chose de nouveau pour moi, oui. Je suis passée aussi à un moment donné, j'ai fait partie de la jeunesse ouvrière chrétienne, oui, donc voilà c'est une histoire ancienne.
>
> Pionnière 1

Dans le cas de cette pionnière, la socialisation religieuse se mêle étroitement à son appartenance à un milieu populaire : elle explique ainsi avoir été précocement confrontée à la question sociale – qu'elle rattache néanmoins davantage à sa dimension ouvrière ou populaire qu'à la question de la « *précarité* » – et être passée par la Jeunesse ouvrière chrétienne (JOC). Marquée à gauche (Pelletier et Schlegel 2012), la JOC l'a précocement inscrite dans un engagement sinon explicitement politique, du moins social (Chauvière et Duriez 2006). L'investissement dans l'action sociale de ces pionniers est nettement lié à leur socialisation religieuse, des affinités électives se faisant jour entre elles :

> [On faisait les choses] avec tout le bon sens, j'allais dire « boy scout », on était tous des scouts (rires). Donc le bon sens du boy-scout et l'empathie : ça ça vient de l'origine chrétienne de l'Abej peut-être, même si on se revendique pas… je sais plus qui avait dit ça, mais c'est pas les chrétiens qui ont le monopole de l'amour, pas du tout, mais quand même ça joue.
>
> Pionnier 1

> Peut-être que vous allez dire que je fais beaucoup de détours, mais en fait, cet autre bus je me souviens pour le coup comment ça s'est passé, il a fallu l'aménager, parce qu'on y a installé des petites tables, donc on avait quelqu'un dans la paroisse qui bricolait pas mal, qui a fabriqué des petites tables, voilà. Parce qu'on avait déjà l'expérience de l'autre, on partait pas de rien, on savait à peu près ce qu'on voulait faire : on voulait faire un lieu où comme dans l'autre bus, les gens puissent se poser. C'était un peu, pas à la bonne franquette, parce que je pense qu'on était quand même des gens assez organisés (sourire), mais disons, voilà, un peu… on se débrouillait, avec les moyens qu'on avait, avec ce qu'on savait faire. […] La plupart, ou plusieurs d'entre nous étaient aussi en parallèle chefs scouts dans une troupe. Donc comment ça s'est passé, bah je me souviens que les premières

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> fois on faisait même le café dans des bonnets à scouts… vous avez fait du scoutisme ? - Non - Ça s'appelle comme ça, c'est une grande casserole scoute, enfin voilà !
>
> Pionnière 1

Le sens pratique du scoutisme est ainsi assimilé au « *bon sens* » et à la « *débrouille* » (Bourdieu 1980b), tandis que l'empathie est nettement rapportée à « *l'origine chrétienne de l'Abej* », même s'il s'empresse de reconnaitre l'absence de « *monopole de l'amour* ». Pour paraphraser Weber, l'éthique baptiste entre ici en résonnance avec l'esprit de l'action sociale (Weber [1904-1905] 1964). Le cadre dans lequel s'est développée l'Abej, son lien étroit avec la communauté et la paroisse baptistes et les initiatives portées par les fondateurs jouent ainsi un rôle central dans la construction identitaire de l'association. Les systèmes de valeurs et les dispositions acquises dans le cadre de sociabilités de jeunesse liées au baptisme, ou plus tardivement dans le cadre du « café-chrétien » itinérant, sont convertis et réinvestis dans l'action sociale, comme d'autres le font dans le secteur humanitaire (Siméant 2009). De fait, des similarités se font jour entre les engagements du type « *social-caritatif* » et humanitaire (Brodiez-Dolino 2009a). Tous deux recrutent massivement au sein des réseaux de sociabilités religieuses, notamment chrétiens mais pas seulement : plusieurs travaux ont par exemple souligné le déploiement d'un secteur humanitaire musulman coïncidant avec le renouveau de l'humanitaire occidental des années 1970/1980 (Benthall et Bellion-Jourdan 2003 ; Benthall 2005, 2014 ; Toguslu et Leman 2014). Alors que les engagements affiliés au christianisme ont le plus souvent une visée universaliste et s'observent principalement parmi les membres des classes moyennes voire supérieures (Dauvin et Siméant 2002 ; Brodiez-Dolino 2009a), les organisations humanitaires musulmanes se destinent le plus souvent aux coreligionnaires et recrutent principalement au sein des classes et quartiers populaires, bien que leurs dirigeants puissent, eux, être hautement diplômés[98].

II. Les débuts de l'institutionnalisation de l'Abej

Les origines de l'Abej sont étroitement liées aux affinités électives entre l'action caritative baptiste et l'action sociale associative, d'une part, ainsi qu'à la mobilisation des réseaux et des dispositions acquises à travers les sociabilités religieuses des membres de la communauté de vie, d'autre part. Ces points précisés, il convient d'expliciter comment ces initiatives, initialement pensées comme éphémères et ponctuelles, ont progressivement acquis une assise institutionnelle et ont été à l'origine de l'Abej telle qu'elle existe aujourd'hui. Ce sont les conditions de pérennisation de ces initiatives que l'on propose d'analyser ici, en

[98] C'est le constat commun opéré par Lucas Faure et Baptiste Brodard, dont les thèses réalisées sur des terrains d'enquête différents portent sur les organisations humanitaires musulmanes.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

évoquant en premier lieu, le recrutement des membres de l'Abej. Parce qu'il s'opère par le biais des réseaux de sociabilités religieuses, principalement locaux mais pas seulement, celui-ci est d'une ampleur remarquable. Cependant, au-delà de la quantité de bénévoles qu'elle parvient à toucher, l'association se distingue par le profil socioprofessionnel de ces membres, dont l'investissement apporte des ressources précieuses pour dans le cadre de la formation de la juridiction de la prise en charge de la question SDF (1). Ce recrutement joue un rôle décisif car il se traduit par un début de montée en charge de l'association et par l'obtention des premières subventions publiques, signes d'une reconnaissance des actions menées depuis le milieu des années 1980 et de l'amorce de la professionnalisation de l'association (2).

1. Un recrutement en quantité et de qualité : réseaux de sociabilité et dispositions professionnelles

On l'a évoqué précédemment : les dispositions acquises dans le cadre de processus de socialisation religieuse ont nettement contribué à l'investissement individuel et collectif des membres de la paroisse baptiste. Un autre élément déterminant, se rapportant à la socialisation religieuse des pionniers de l'Abej, tient aux réseaux de sociabilités qui s'y rapportent. Ces réseaux permettent le recrutement rapide de nombreuses personnes, qui viennent renforcer l'action de la communauté, de la paroisse et de l'association :

> En fait voilà comment ça s'est passé : ma femme et moi avons été invités à donner un petit témoignage, enfin un résumé de notre parcours au Tchad, dans un rassemblement chrétien, où l'invité d'honneur était le pasteur de la communauté qui a démarré l'Abej. Donc il était l'invité d'honneur, donc on l'a bien sûr écouté, il nous a écoutés aussi. Et la vie communautaire, ça nous intéressait beaucoup parce qu'on avait vécu en Inde… enfin ma femme et moi-même on a vécu en communauté. Moi quand je suis devenu chrétien, je suis resté dans une communauté chrétienne pendant quelques semaines, et ma femme avait passé deux ans dans une communauté chrétienne à Katmandou, à s'occuper des toxicos, tout ça, voilà. Donc on avait ce côté vie communautaire assez… comme un, voilà, un très bon souvenir, et on avait envie de continuer dans cette voie-là, plus ou moins. En France il y avait pas beaucoup de possibilités de vivre en communauté, et quand on a entendu parler de Lille, ça nous a beaucoup intéressés. Du coup on est venus visiter, et le temps qu'on s'organise, au bout d'un an, on est venu ici en septembre 1990.
>
> Pionnier 3

S'identifiant au cours de l'entretien comme « *de culture juive* » mais non pratiquant et non croyant, ce pionnier se convertit au protestantisme au cours d'un séjour humanitaire en Inde, à la suite d'une révélation qui « *lui est tombée dessus* ». C'est également à ce moment qu'il s'engage dans sa première expérience de vie communautaire, alors qu'il participe aux actions de soins des pauvres mises en œuvre par Mère Teresa à Calcutta. Sa femme connait une expérience similaire au Népal. Après une seconde expérience humanitaire, commune cette fois, au Tchad, ils rentrent en France, où ils aspirent à renouveler leur expérience de vie

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

communautaire. De sorte que dans le cas de ce couple, c'est cette dernière qui constitue l'élément déterminant leur engagement dans l'Abej.

Au-delà de ce cas, les réseaux de sociabilités religieuses contribuent directement au recrutement des bénévoles, dont l'investissement permet la stabilisation, puis l'essor des initiatives de la communauté :

> Parce qu'il suffisait pas d'offrir, il fallait assurer une présence. Et donc c'est comme ça que les paroisses protestantes, catholiques, évangéliques, enfin tout ce qui existait sur la métropole a été sollicité. Notre directeur général actuel, qui a été détaché de la paroisse où il a été pasteur assistant pour coordonner ce début d'action, a fait le tour des paroisses. Il a expliqué ce que l'on voulait faire et on a vu qu'il y avait vraiment… mais comme on voit aujourd'hui je pense dans d'autres domaines, un élan de solidarité.
>
> Pionnière 1

L'ensemble des personnes interrogées s'accordent sur le fait qu'un grand nombre de bénévoles sont présents et s'investissent rapidement dans l'action de l'Abej. La plupart d'entre eux sont recrutés au sein des paroisses lilloises, protestantes notamment. Mais pas seulement : ce recrutement s'élargit en effet aux paroisses catholiques et dépasse le nord de la France – ainsi du couple évoqué précédemment, qui habite à Paris et découvre l'Abej à Belfort. Le pasteur à l'origine de la communauté de vie est invité à différents endroits en France pour parler de ce mode de vie et de l'action déployée. Il élargit ainsi le champ de recrutement des membres de l'Abej qui reste néanmoins nettement ancré dans le milieu du christianisme social :

> Ils avaient ce bus. Et également un groupe de rock, et je les ai connus par cet intermédiaire-là : ils allaient tous les ans à Bray-Dunes, et ils installaient leur bus là. Et moi j'étais avec les frères dominicains à côté. Et ils se côtoyaient, et du coup je les ai connus comme ça. Et le soir, on devait faire des feux de camp sur la plage, griller des sardines ou les poissons que nous avaient donnés les pêcheurs, voilà comment je les ai rencontrés.
>
> Pionnière 2 (hors communauté)

> Je suis catholique, et ça c'est d'ailleurs une des richesses qu'on vit à l'Abej. À l'origine, c'était une communauté protestante, baptiste. Le baptisme est un courant évangélique, et l'évangélisme c'est un courant protestant. À un moment donné, avec la communauté qui était autour du pasteur [qui l'a fondée], ça on vous en a parlé j'imagine, ils ont souhaité élargir au niveau des compétences professionnelles. Et petit à petit sont rentrés des gens. Moi à ce moment-là j'étais proche du Chemin Neuf, qui est une communauté spirituelle à Lille. Qui est originaire de Lyon, mais il y avait une antenne à Lille. Et par ce biais-là, un de mes amis m'a contacté en me disant : tiens, il y a l'Abej qui cherche à recruter un petit peu, dans des horizons professionnels différents. Alors moi j'y suis rentré comme notaire, j'y ai jamais exercé comme notaire puisque droit de la famille et du patrimoine, c'est un peu limité dans l'Abej… mais lui était dans l'immobilier professionnel, il y est toujours d'ailleurs… là-dessus est entré un avocat, qui n'y est plus maintenant, un expert-comptable qui n'y est plus maintenant… voilà, donc comme ça, ça permettait que la communauté ne tourne pas en circuit fermé.
>
> Pionnier 4 (hors communauté)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Ces extraits témoignent de l'élargissement de l'affiliation baptiste à une dimension œcuménique, par l'accueil de catholiques qui ont des affinités avec l'évangélisme[99] ou avec l'action sociale. L'ordre des moines dominicains fait partie des ordres mendiants nés au Moyen Âge. Il inscrit son action dans la société – contrairement aux Ordres contemplatifs ou reclus – ce qui peut expliquer les affinités des personnes qui le fréquentent avec les initiatives sociales de la communauté baptiste. Quant à la communauté du Chemin-Neuf, elle est créée à Lyon au début des années 1970. Elle fait partie du « Renouveau charismatique », appellation donnée aux mouvances pentecôtistes catholiques, dont l'essor multiple commence ces années-là[100]. Ici encore, les affinités électives entre systèmes de valeurs inscrits dans le christianisme social déterminent le recrutement des bénévoles.

Un autre élément, souligné dans le deuxième extrait, est particulièrement important pour comprendre la pérennisation des initiatives de l'Abej, à savoir le profil socioprofessionnel des personnes qui s'y engagent. En effet, au-delà des dispositions acquises dans le cadre de sociabilités religieuses, les socialisations professionnelles paraissent avoir largement facilité la transition de l'action des baptistes vers le champ médico-social. Dans l'extrait précédent, c'est l'arrivée de professionnels du droit et de la gestion qui est mise en avant. Ces derniers apportent des compétences juridiques, administratives et comptables, propices à l'institutionnalisation de l'association et à sa stabilisation (Bourdieu 1986 ; Dubois et Baudot 2012 ; Weill 2017). Avant même l'arrivée de ces professionnels, l'Abej a bénéficié des compétences des personnes investies dès ses débuts :

> Et au bout de trois, quatre années on s'est dit, « *si on faisait quelque chose de concret* », comme dans l'équipe il y avait une assistante sociale, des éducs, un médecin… donc ça a démarré comme ça : deuxième bus où là, c'était vraiment orienté vers une écoute de ces gens-là une action médicale et sociale. Un embryon d'action médicale et sociale.
>
> **Donc dès le début il y avait déjà la dimension médicale ?**
>
> Alors oui, quand on a créé ce bus qui est devenu l'Abej médico-sociale il y avait oui, il y avait une assistante sociale qui venait deux ou trois fois par semaine et donc un médecin qui venait deux trois fois par semaine aussi. Donc il y avait déjà un embryon de consultations sociales et de consultations médicales autour de l'accueil, autour d'une boisson, autour d'un dialogue, voilà.
>
> Pionnier 2

> J'étais allée deux ou trois fois [au bus], il était situé juste en face de la gare, ils distribuaient des boissons chaudes, etc. y'avait une centaine de bénévoles je crois à l'époque. Y'avait que des

[99] L'œcuménisme désigne un mouvement promouvant le dépassement des clivages et des doctrines des courants se rattachant au christianisme.

[100] Le pentecôtisme désigne un mouvement religieux pour lequel la Pentecôte est centrale, celle-ci désignant, dans la théologie chrétienne, la descente du Saint-Esprit sur les apôtres cinquante jours après la résurrection de Jésus-Christ. Le pentecôtisme protestant est né au tout début du XXe siècle aux États-Unis. Dans le catholicisme, il n'est autorisé qu'après le concile Vatican II (1962-1965) sous l'appellation de « renouveau charismatique ». Comme dans le pentecôtisme en général, la prière des charismatiques catholiques se caractérise par son effervescence et son enthousiasme. Ce qui réunit le plus nettement baptistes protestants et membres du Renouveau charismatique catholique, c'est l'expérience décisive de la conversion, qui fait que les membres de ces deux groupes sont en principe tous des adultes. Parmi les baptistes, notamment aux États-Unis, beaucoup sont opposés à l'œcuménisme. Dans le cas étudié, l'objectif social apparait manifestement central.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> bénévoles, aucun salarié, plus les communautés… et donc ils distribuaient des trucs comme ça et y'avait rien d'autre quoi. Y'avait dans tous ces bénévoles, des éducateurs, des médecins, des assistantes sociales… y'avait tout ce qu'il fallait pour préparer l'Abej.
>
> Pionnière 2 (hors communauté)

L'évolution de l'action caritative en action sociale et médico-sociale est ainsi facilitée et même rendue possible par les dispositions professionnelles des membres de la communauté. D'abord investis bénévolement, certains connaissent des changements importants dans leurs trajectoires : c'est typiquement le cas de médecins et d'infirmières qui ont participé à la fondation de la communauté et qui occupent aujourd'hui des postes salariés ou de direction au sein de l'association. Ces professionnels témoignent des évolutions qu'elle a connues, et ils soulignent le caractère initialement « *précaire* », voire « *embryonnaire* », du contexte de soins :

> Au début, [c'était] très précaire. À l'étage, vous imaginez un haut de bus : donc il y a des tables et tout ça et au fond du bus il y a un rideau, avec une table et un médecin. Et de l'autre côté, il y a un autre rideau, et une table et l'assistante sociale. Pour quand même… alors c'était pas écrit dans tous les textes comme aujourd'hui, mais on avait déjà l'idée qu'il fallait quand même un peu de confidentialité. Confidentialité très relative, mais on voulait quand même mettre la marque de la confidentialité.
>
> Pionnière 1

Les débuts de l'action sont donc menés avec les moyens du bord, dans le bus puis dans des bungalows qui accueillent les permanences sociales et médicales (annexes 3.6 et 3.7). Si ces moyens sont limités, ils ne sont pas négligeables si l'on considère le capital social et économique garanti par les réseaux paroissiaux, le nombre de bénévoles qui participent rapidement aux initiatives de l'Abej, ainsi que les compétences propres aux personnes qui s'investissent dans la communauté ou dans l'action sociale du bus : ces dernières sont particulièrement valorisables dans la juridiction pluridisciplinaire de la prise en charge des sans-domicile telle qu'elle est en train de se former. Le rattachement rapide à l'Abej-N confère par ailleurs une assise institutionnelle et permet de répéter l'expérience pendant plusieurs années. En effet, alors que l'action est d'abord pensée comme éphémère, l'aggravation des situations de pauvreté justifie cette répétition.

2. Le temps de la reconnaissance (fin des années 1980)

Le second élément qui permet d'expliquer la pérennisation de l'initiative découle de la formulation explicite de la *question SDF*, entendue comme une préoccupation sur l'inscription durable de personnes privées de logement dans l'espace public (Damon 2002a). Si les pionniers n'utilisent pas le terme « SDF », et si divers témoignages dans les archives de l'association le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

rejettent expressément, tous en revanche évoquent la « *nouvelle pauvreté* » et la prise de conscience progressive qui s'opère autour de celle-ci :

> C'était l'époque où l'on parlait de nouvelle pauvreté, et donc la paroisse protestante dont j'étais un des pasteurs se disait voilà, « *est-ce que dans le contexte de précarisation de la société, l'Église a quelque chose à voir, à faire, pourquoi pas ?* ». Et donc les mois qui ont précédé on a beaucoup réfléchi, et puis on a développé cette action. Qui ne devait pas durer, puisqu'on s'est dit, voilà, c'est un mauvais passage que la société traverse.
>
> **Finalement, ça a duré, ça s'est empiré…**
>
> Et ça n'est pas fini.
>
> Pionnier 1

> Les gens avaient quand même conscience qu'il y avait quelque chose qui se passait qui était un peu compliqué. Je pense que les pauvres… enfin moi j'ai fait un mémoire, j'ai jamais fait de thèse (rire). Donc dans mon mémoire j'avais fait un peu d'historique : c'est vrai on dit la pauvreté elle a existé depuis toujours avec la mendicité, tout ça on le sait. Sauf que là, c'était ce que les sociologues ont appelé après des nouvelles pauvretés. Enfin, c'était pas forcément des gens qui avaient, peut-être contrairement à d'autres époques de l'histoire, ni choisi d'être dans la rue, ni envie d'y rester sauf que leur situation faisait que… […] La première année… parce qu'on a tenu des cahiers de personnes pour assurer que voilà… pour évaluer l'activité. Et on a eu, je crois, 340 personnes. Aujourd'hui on en a 8000. Et c'est vrai que je pense, à ce moment-là, aucun de nous n'a pensé… être là 30 ans après.
>
> **C'était vécu comme quelque chose de ponctuel.**
>
> Oui, oui ! Quelque chose d'un peu spontané : voilà, il y a un problème, action, réaction.
>
> Pionnière 1

Ces extraits font écho aux témoignages des acteurs humanitaires qui déploient leurs actions au même moment et qu'ils veulent tout aussi ponctuelles (Mamou 1998 ; Parizot 2003 ; Maury 2013). Les humanitaires pensent leur action comme un moyen d'alerter l'État sur ses manquements qu'ils pallient, tandis que l'investissement des baptistes est lié à la conviction que la situation n'est que temporaire et qu'elle sera rapidement résorbée. En réalité, la situation perdure, empire et aujourd'hui encore est loin d'être résolue. L'inscription durable de la nouvelle pauvreté dans le paysage socioéconomique fait progressivement l'objet d'une intervention étatique (Paugam et Duvoux 2008 ; Duvoux 2018). À l'échelle de l'Abej, on retrouve certains éléments décrits par Damon (2002a) et Gardella (2014a) quant à la manière dont celle-ci est initialement conçue :

> On a ouvert un hiver, après on a refermé. Après on s'est dit bah on va ouvrir un deuxième hiver puisqu'on constatait que la précarité était toujours présente. Et puis on était, je pense encore à l'époque dans l'idée que, voilà : il fait froid alors les sans-abri doivent souffrir plus ; il fait chaud : bon c'est plus vivable. Donc un deuxième hiver. Et puis le troisième hiver on s'est dit, « *mais, ça n'a aucun sens d'arrêter à nouveau parce que la précarité continue* ». Donc… c'est ce constat tout simple qu'il n'y avait aucune raison objective d'arrêter un mouvement qui faisait du bien à des gens.
>
> **Sauf qu'à l'époque tout était bénévole…**
>
> Oui.
>
> **Est-ce que ça a posé problème au moment de vouloir pérenniser ?**
>
> Non. Non non. Alors on avait énormément de bénévoles. Et puis l'État était assez généreux dans le sens où la société découvrait qu'il y avait une nouvelle pauvreté, suite aux « Trente glorieuses ». On

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> découvrait… on avait les yeux ouverts sur le fait que… y'a des gens comme vous et moi qui peuvent se retrouver à la rue et qui se retrouvaient effectivement à la rue. Et donc l'État était très généreux, ça s'appelait le plan « pauvreté-précarité », et donc, on s'est dit, bah pourquoi faire avec nos fonds propres, qui sont maigres en tant que paroisse (rires). Pourquoi ne pas solliciter l'État ? Eu égard au fait qu'on a déjà une expérience de deux années où on peut prouver des résultats tangibles.
>
> Pionnier 1

Ces extraits font écho, d'une part, au déploiement des « *plans pauvreté-précarité* », mis en œuvre par l'État afin de financer les initiatives humanitaires, caritatives, associatives déployées au milieu des années 1980 (Bresson 2015) ; d'autre part, à la saisonnalité de ces premières initiatives (Damon 2004), sous-tendues par l'idée bien résumée ci-dessus selon laquelle « *il fait froid, alors les sans-abri doivent souffrir plus ; il fait chaud : bon c'est plus vivable* ». La conjugaison de ces deux éléments est à l'origine du « *tournant réactif de l'État social* » (Gardella 2014a), qui marque l'intervention de ce dernier sur la question SDF et l'amorce de professionnalisation de la prise en charge et des acteurs qui s'y investissent, dont l'Abej. Les chiffres cités dans les premiers rapports d'activité de l'association témoignent du succès de l'initiative : entre 750 et 780 personnes sont accueillies et soignées dans le bus entre le 1er novembre 1988 et le 31 mai 1989, et 11 300 repas y sont distribués. Le rapport précise par ailleurs que 119 cartes d'identité ont été refaites, que 70 personnes ont été relogées et que 101 personnes ont retrouvé un emploi sur cette période.

Deux autres éléments participent de la stabilisation de l'association. En premier lieu, l'acquisition de financements pérennes, liés précisément à la « *générosité de l'État* » évoquée dans l'extrait précédent, et plus largement des pouvoirs publics. Ces financements permettent une évolution des actions de l'Abej. Dès lors qu'elle commence à envisager son action comme durable et non plus ponctuelle, l'association s'inscrit dans des visées d'accompagnement de moyens et longs termes. Le déploiement du paradigme de l'insertion fournit bientôt un cadre et un financement à cette visée :

> Après il y a eu l'époque où l'État a mis des cadres, a regardé de plus près, donc c'est l'arrivée du RMI. Où déjà, même avant le RMI, on avait beaucoup étudié la loi qui allait sortir. Et on s'est dit, bah ça c'est vraiment intéressant, poser un cadre aux gens, un revenu, mais dans un contrat d'insertion. Bah on va le faire avant l'heure, et donc on a commencé le RMI avant que le RMI n'existe, au niveau de l'Abej, et donc on l'a testé tout de suite, presque un an avant quoi.
>
> Pionnier 1

Il est difficile de savoir dans quelle mesure et selon quelles modalités les initiatives de l'Abej ont effectivement précédé la mise en œuvre du RMI en 1988. En revanche, les rapports d'activité témoignent d'un enthousiasme marqué pour le dispositif. Le premier rapport publié par l'association porte sur la période du 1er novembre 1988 au 31 mai 1989 et souligne que 200 personnes ont été accompagnées dans le cadre des contrats de réinsertion du RMI. Celui de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'année 1991, après avoir listé les services créés au cours de l'année (ateliers d'ergothérapie, service de relogement, service d'accompagnement socioéducatif), souligne :

> Le RMI, qui permet tous ces développements, est un levier excellent dans l'insertion des personnes sans-abri, notamment dans des départements comme le Nord où les institutions ont eu l'intelligence de faire le choix de soutenir les projets des structures associatives de proximité, comme celles de l'Abej au centre de la capitale régionale.
>
> L'Abej, qui a instruit en deux ans 533 demandes de RMI, est formelle : l'insertion (même si elle doit encore être améliorée) n'est pas absente du dispositif. Chaque bénéficiaire du RMI à l'Abej est entré dans un processus d'insertion.
>
> *Rapport d'activités* 1991, « Ouverture ».

De fait, le dispositif assure une source de financement pérenne à l'association (Viguier 2013 ; Duvoux 2018). En 1991, le département, compétent en matière d'action sociale depuis les lois de décentralisation de 1982 (Lafore 2004), est de loin le premier financeur de l'association : il fournit près de 50 % des subventions et près de 33 % des recettes globales.

Le second élément témoignant de l'institutionnalisation de l'action de l'Abej, en partie lié à la question des financements, tient à la reconnaissance précoce dont a fait l'objet l'action de l'Abej à l'échelle locale. Plusieurs centaines de coupures de presse sur la période 1985-1995 soulignent et saluent les initiatives de l'association et relatent ses évolutions. En outre, la reconnaissance dépasse le champ médiatique. En effet, plusieurs photos mettent en scène des responsables politiques locaux et nationaux aux côtés des membres de l'association. Pierre Mauroy notamment, Premier ministre de 1981 à 1984 et maire de Lille de 1973 à 2001, inaugure les dispositifs de l'Abej et affiche régulièrement son soutien à l'association (annexe 3.8). Dès 1988, l'Abej est chargée d'une mission d'évaluation sur les personnes « très marginalisées » faisant la manche en gare de Lille, par Patrick Kanner et Pierre de Saintignon, alors adjoints de P. Mauroy. Un pionnier explique :

> Avec Mauroy, c'était très convivial. Mauroy, on était très copains avec lui. Il nous aimait moyen, mais il était franc et du coup, on savait sur quel pied danser. On a beaucoup fréquenté Kanner, Patrick Kanner aussi. Mais quand même, la ville nous a toujours vus comme… comment dirais-je ? Elle nous a toujours vus comme des gens qui… une pompe à pauvres quoi : grâce à l'Abej, les pauvres débarquent en ville. Pour l'électorat c'est pas bon. Et partout où on voulait se mettre en ville, on a toujours, toujours eu des bâtons dans les roues. Mais parfois des gros hein, des gros, gros bâtons. Et même des vacheries quoi. […] Et avec Martine Aubry, ça a jamais été des atomes crochus, je sais pas pourquoi.
>
> Pionnier 3

L'expression « *pompe à pauvres* » résume l'idée que l'offre de dispositifs de prise en charge crée sa propre demande. Elle explique les mobilisations de riverains, voire les oppositions politiques que suscite l'installation de ces dispositifs (Loison-Leruste 2014, 2016). L'extrait évoque aussi les liens ambigus entre l'Abej et les socialistes lillois : « *on était très copains avec [Mauroy]. Il nous aimait moyen…* ». Si l'enquête n'a pas permis de l'étayer

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

précisément, on peut faire l'hypothèse que ces liens ont été relativement étroits. S'ils sont faits de méfiance réciproque, des compromis se font jour, notamment à l'échelle interindividuelle. Ainsi, le pasteur à l'origine de la communauté baptiste a été membre du comité de soutien pour la réélection de François Mitterrand en 1988, puis de celui de Pierre Mauroy en 1989. Interrogé par *Nord Éclair* sur cet engagement politique, le pasteur répond :

Je crois profondément que les chrétiens ont un devoir de non-neutralité. Beaucoup de personnes m'ont déjà posé cette question et m'ont fait le reproche de ne pas avoir rallié le centre par exemple, qui leur semblait plus conforme à ce que peut être le choix politique d'un chrétien. Je ne suis pas d'accord. Le choix du centre n'est pas un choix neutre. Dans tous les grands débats nationaux, le centre penche à droite et oublie les impératifs de solidarité et de pauvreté.

N'avez-vous pas le sentiment qu'en vous engageant, vous engagez d'autres au-delà de vous-même ?

Non, chacun votera en son âme et conscience dans le secret de l'isoloir. Cela dit, prétendre qu'être chrétien c'est être neutre, c'est une dénaturation de l'évangile. Le christ a dit « *vous êtes le sel de la terre* ». Il nous faut prendre parti de manière résolue contre l'injustice pour la solidarité. Des choix que ne me semblent incarner ni M. Ceyrac, ni M. Chauvierre, ni M. Turk, ni M. Durieux[101]. Je ne suis pas marxiste pour autant, mais aujourd'hui la liste qui me semble la plus apte, parce qu'elle en a les moyens et la volonté, à résoudre les problèmes de pauvreté sur lesquels je travaille, est la liste de Pierre Mauroy. C'est pour les plus pauvres que je fais le choix de cet engagement.

Entretien avec *Nord Éclair*, non daté (probablement 1989).

Ce témoignage est donc personnel et n'engage que le pasteur à l'origine de la communauté de vie. Celui-ci a joué un rôle décisif tout au long des premières années de la communauté puis de l'association. Entre 1985 et 1995, il est omniprésent dans les archives de l'association, à la fois sur les photos, dans les rapports d'activités et dans la presse, pour laquelle il est un interlocuteur privilégié. Au-delà de l'extrait cité, ses prises de position mobilisent des registres religieux, militant ou plus explicitement politique :

La lutte contre la pauvreté appelle au combat pour la justice. […]

Les limites du diaconat : dans la plupart des cas, le diaconat classique traite l'urgence, sans paroles, actions, ou engagements de type politique. […] Je suis pour ma part convaincu que le combat pour la justice nous conduit à mener une action plus globale, dans laquelle le niveau de l'engagement politique est présent. Ce niveau de l'engagement politique doit permettre pour nos diaconats :

- Que l'urgence ne s'installe pas en norme.
- Que charité et solidarité ne soient pas confondues.

L'évangile conduit à des engagements politiques : notre combat pour la justice doit être positif, libérateur (il ne fait pas de nous des ennemis des autres hommes, mais il nous conduit à combattre les idées).

Bulletin de l'entraide protestante. Point de vue, 1988.

Dans ses prises de position, ce pasteur relie systématiquement la lutte contre la pauvreté à un engagement à la fois religieux et politique. Parmi les pionniers, il est le seul à adopter cette position : les autres revendiquent aussi leur foi, mais tendent à l'euphémiser pour mieux mettre en avant le professionnalisme du travail réalisé ou la dimension « *sociale* » de leur engagement.

[101] Pierre Ceyrac est le candidat du Front National (FN), Bruno Chauvierre celui du Rassemblement pour la République (RPR), Bruno Turk est étiqueté « Divers droite », et Bruno Durieux au Centre des démocrates sociaux.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Patrick Cabanel souligne que le statut minoritaire du protestantisme en France l'a ancré dans des courants plutôt progressistes et libéraux en matière de mœurs, de politique et de religion (Cabanel 2012). Toutefois, l'évangélisme – auquel est affilié le baptisme – est précisément l'un des courants qui, participant activement au renouveau charismatique, s'inscrit plutôt dans des registres conservateurs (Dargent 2005). De fait, ces lectures globalisantes et le manque d'informations au sujet de ce pionnier ne permettent pas d'analyser précisément le positionnement de cet homme, mais sa critique d'une charité (« diaconie ») apolitique s'inscrit dans un ancrage représentatif de la réflexion des « *chrétiens de gauche* » (Pelletier et Schlegel 2012). S'il est impossible de déduire de cet entretien des liens organiques entre l'Abej et les cadres du socialisme lillois, il suggère en revanche des alliances personnelles, circonstanciées ou pérennes, qui contribuent à asseoir l'influence de l'association dans le paysage local, voire national, des mondes de l'exclusion alors en train de se structurer et de se professionnaliser.

***

Aux origines de l'Abej se trouve une communauté de vie baptiste dont les membres, confrontés au développement de la nouvelle pauvreté et à l'apparition de la question SDF dans l'espace public, convertissent leur engagement religieux et les dispositions liées en engagement militant, dans le secteur de l'action sociale. Les socialisations professionnelles de certains de ses membres facilitent cette conversion, rendue possible par la formation d'une juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile. Si la communauté de vie est créée au milieu des années 1970, et si les premières actions caritatives de ses membres sont mises en œuvre dans la première moitié des années 1980, celles-ci obtiennent dès le tournant des années 1990 une reconnaissance institutionnelle qui permet d'amorcer le développement et la professionnalisation des actions menées.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. De l'association locale à la tête de réseau : développement, diversification et professionnalisation de l'Abej

Les décennies 1990 et 2000 sont une période charnière pour l'Abej. Après une période d'hésitation liée aux incertitudes sur le caractère éphémère ou durable de la nouvelle pauvreté et de la question SDF, c'est au cours de cette période que le problème cesse d'être envisagé comme une urgence (Lipsky et Smith 1989) et qu'a lieu la structuration du système de prise en charge. Au cours de cette vingtaine d'années, plusieurs dispositifs sont créés par l'Abej. La professionnalisation de l'association passe par la conjonction de plusieurs processus et phénomènes (Demazière 2009). Le système de prise en charge fait progressivement l'objet d'une professionnalisation « par le haut », soit d'une prise en main par l'État qui crée ou entérine l'existence de dispositifs dont la finalité est d'accompagner et de soigner au mieux différentes catégories de populations définies comme sans-domicile. Cette intervention croissante de l'État prend la forme d'une délégation de l'action publique aux acteurs associatifs, et se double d'un processus de rationalisation qui prend la forme d'un contrôle croissant de leurs activités, de plus en plus évaluées quant à leur efficacité (Hély 2009). À cette professionnalisation « par le haut » répond une professionnalisation « par le bas » (Evetts 2003 ; Vezinat 2012, 2016), qui s'observe à l'échelle de l'Abej et des professionnels qui y travaillent à travers les initiatives qu'ils déploient pour influer sur la prise en charge.

Des questions spécifiques se posent par ailleurs dans le cadre de l'association, telles que le rapport de l'association à la communauté de vie, à l'identité baptiste ou chrétienne, ou encore à ses stratégies de développement et de recrutement. En analysant ces différentes lignes problématiques, on montre comment l'Abej s'est affirmée comme un acteur reconnu, aux échelles locale et nationale, dans la prise en charge des sans-domicile, et comment elle a « *géré sa croissance* » sur une période plus courte que les associations nationalement reconnues dans le secteur de la lutte contre la pauvreté, tells Emmaüs ou le Secours Populaire (Brodiez-Dolino 2006, 2008, 2009b). Cette présentation articule une analyse chronologique qui permet de restituer l'enchainement et le déroulement des processus qui affectent l'association jusqu'aux années 2010, et une analyse thématique qui permet de souligner des points saillants de ces évolutions. La première partie de la section est consacrée à la période qui va de la fin des années 1980 à la fin des années 1990, au cours de laquelle l'Abej s'inscrit définitivement dans le salariat et consolide ses actions (I). La seconde partie est centrée sur la période plus récente, au cours de laquelle l'influence de l'Abej continue de se déployer. L'association adopte une stratégie de développement dynamique, qui consiste en une diversification de ses activités (II).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

I. L'amorce de la professionnalisation : salarisation et recomposition identitaire

C'est au tournant des années 1990 que commence le véritable essor de l'Abej. Les actions menées à la fin des années 1980 lui ont donné une visibilité accrue, ainsi qu'une certaine expertise, dont témoignent les marques de reconnaissance institutionnelle et politique évoquées précédemment. Forte de ces atouts, l'Abej se développe en modifiant les modalités de ses accompagnements et en diversifiant ses activités. Ces évolutions se traduisent en premier lieu par la location et l'acquisition de locaux, qui confèrent une inscription territoriale à l'association en même temps qu'une légitimité accrue. Rapidement, l'Abej amorce une segmentation de ses activités, qui répond à la diversification des publics à la rue et à la structuration de la juridiction de prise en charge de la question SDF (1). Ce début de diversification se traduit aussi par une montée en charge du nombre de personnes que l'association accompagne, qui nécessite l'embauche de salariés de statuts divers (2). Un autre signe de son inscription dans un processus de professionnalisation est la recomposition identitaire de l'Abej et la clarification de ses rapports avec les valeurs religieuses qui ont participé de l'engagement des pionniers (3).

1. L'inscription en dur et les débuts de la segmentation de la prise en charge

L'un des indices les plus significatifs de la légitimation de l'Abej est son inscription dans des bâtiments en dur : ils confèrent à l'association un ancrage territorial durable, une plus grande visibilité et une capacité d'action accrue. En 1989 est ouvert un premier lieu qui regroupe la plupart des services actuellement proposés dans l'accueil de jour (services d'hygiène, d'assistance sociale, de soins). Le centre de santé qui lui est aujourd'hui accolé n'existe pas encore, mais des consultations médicales et infirmières sont assurées. Dans les entretiens, les membres les plus anciens évoquent avec fierté ce lieu et revendiquent le caractère inédit d'un tel dispositif, aujourd'hui central dans le système de prise en charge :

> [Les membres de la communauté] pouvaient pas accueillir tout le monde ni dans le bus ni dans leurs familles, et ils ont décidé de trouver un lieu pour pouvoir les accueillir un peu plus dignement. Et donc on a trouvé rue Sainte-Anne. Je sais pas si tu vois où c'était… ? Donc derrière la gare, juste derrière la gare, et c'était super parce que c'est là où se trouvent les personnes de la rue, à la gare. Ce qui fait qu'ils n'avaient que cent mètres à faire pour venir. Et ça a été le premier accueil de jour en Europe, ça n'existait pas à l'époque. Oui, parce que l'Abej a toujours fait les choses avant tout le monde. Et à l'époque, par exemple à Paris, tu allais te doucher dans un arrondissement, tu allais voir le médecin dans un autre, tu allais voir une assistante sociale dans l'autre, y'avait aucun lieu où tout était rassemblé. Bon, c'était tout petit la rue Sainte-Anne hein, c'était minuscule, mais voilà, on a tout rassemblé dans un seul lieu, c'était la première fois que ça existait. Donc ça, ça a été notre premier lieu d'accueil.
>
> Pionnière 2 (hors communauté)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Vous vous souvenez si à l'époque, il y avait d'autres acteurs, caritatifs ou non, qui étaient investis dans la prise en charge ?

Alors, au niveau de l'hébergement il y avait des choses. Mais pas au niveau accueil. On était, alors je le dis mais peut-être qu'on n'avait pas la connaissance de tout ce qui existait en France, mais on pense qu'on était un des premiers accueils de jour, en tous cas sous cette forme-là. C'est pour ça qu'on a été quand même assez vite repéré par les pouvoirs publics, ça nous faisait même sourire, parce qu'ils nous ont dit après, « *oui c'est intéressant parce que vous avez mis en place un nouveau concept* ». Mais nous on n'était pas… non on n'était pas dans la conceptualisation, on était, c'est ça je pense : action-réaction. Très spontanément, avec les moyens du bord, on n'a pas écrit… en 1985, on n'a pas écrit un projet pédagogique, un projet de soins, un projet, un projet… (sourire) !

Pionnière 1

Comme le souligne le second extrait, la primauté effective de l'Abej dans le développement des dispositifs d'accueil est difficilement vérifiable. Axelle Brodiez-Dolino souligne qu'en réalité, dès les années 1980, deux accueils de jour existent déjà à Lyon (Brodiez-Dolino 2018), et l'on peut penser qu'ils ne sont pas les seuls. Néanmoins, ce premier lieu d'accueil occupe une place centrale dans les témoignages des membres de l'Abej, et joue dans la construction d'une identité et d'une position d'avant-garde. La revendication des membres de l'Abej rappelle l'esprit pionnier qui caractérise à la fois les médecins de Nanterre et les humanitaires en région parisienne (Rambaud 2015), et souligne plus largement le changement de paradigme qui s'opère au tournant des années 1990 dans la prise en charge de la question sociale. Au-delà de la primauté effective de l'accueil de jour de l'Abej, une situation nouvelle se fait jour : face à la montée de la pauvreté, il faut créer des lieux d'accueil qui permettent d'y répondre en proposant des services qui n'existent pas ou sont peu développés au sein des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Avec ce premier local, débute un processus de segmentation des activités de l'Abej. On le voit s'affirmer d'abord au sein même de ce dispositif. Dans la continuité des premières actions, les membres cherchent à proposer à la fois des services de première nécessité, mais aussi des accompagnements inscrits dans une perspective de réinsertion et de soin :

Donc la rue Sainte-Catherine, le premier bâtiment où il y avait les consultations médicales. Il y avait au sous-sol une lingerie où on lavait le linge des personnes il y avait également une consultation sociale, une salle de réunion, donc voilà c'était vraiment un accueil de jour comme ici mais en plus petit.

Pionnier 2

Au sein de l'accueil de jour, les services proposés relèvent à la fois de l'urgence, de l'aide ponctuelle, et de l'accompagnement de moyen ou long terme. À peu près au même moment, l'Abej met en place plusieurs actions, plus ou moins formalisées : un service spécifiquement dédié à l'accompagnement des contrats d'insertion associés au RMI est créé, un éducateur sillonne les rues lilloises en réalisant ce qui ne s'appelle pas encore des maraudes, un atelier d'ergothérapie est développé. L'ergothérapie désigne un travail de réhabilitation

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

psychosociale qui vise à améliorer les rapports des individus à leur environnement par la réalisation d'activités simples et pratiques (Ogien 1987). L'atelier est mis en place à l'issue de l'enquête commandée par la municipalité lilloise à l'Abej sur les personnes « *très marginalisées* » situées à proximité de la gare. Il est pensé comme un complément au RMI :

> Ce projet d'Atelier d'ergothérapie sociale pour l'insertion des personnes sans-abri les plus marginalisées a pour ambition de faire en sorte que le mot Insertion du Revenu Minimum soit une réalité pour tous, jusqu'aux personnes les plus marginalisées. […] Encadrées par un ergothérapeute et une équipe éducative (complétée par l'équipe médico-sociale de l'Abej), ces personnes réaliseront des valises attachés-cases à partir de matériaux de récupération.
>
> *Rapport d'activités 1990*, projet d'atelier d'ergothérapie.

Deux éléments peuvent être relevés : d'une part, la pluridisciplinarité du travail. Si celle-ci est caractéristique de l'ergothérapie (Ogien 1987), elle se diffuse dans le travail de prise en charge des sans-domicile. D'autre part, le ciblage d'une sous-population : en l'occurrence, le dispositif est destiné spécifiquement aux personnes « *très marginalisée*s », pour lesquelles un accompagnement RMI n'est pas envisageable dans un premier temps sans qu'une visée d'insertion soit abandonnée pour autant. Ce mouvement de segmentation/spécialisation des modes d'accompagnement aux sous-populations de la question SDF n'en est alors qu'à ses débuts, mais il est appelé à s'accentuer. L'accueil de jour permet de bien saisir ce mouvement. Il connait rapidement un succès incontestable en termes de fréquentation, et est fréquemment saturé. En 1991, 1 275 personnes différentes y sont passées, et 639 ont été suivies par le service médical. Le personnel d'accueil, alors presque exclusivement bénévole, rencontre des difficultés à gérer la récurrence de rixes et les clivages qui s'instaurent entre usagers, bien décrite par ailleurs (Bourgois et Schonberg 2009 ; Bruneteaux 2016). Cet élément est déterminant et mène à l'ouverture du « Point de Repère », nom du nouveau lieu d'accueil dédié aux moins de 25 ans. En 1992, celui-ci s'installe d'abord dans la même rue. Trois ans plus tard, il est amené à déménager (annexes 3.9 et 3.10), la proximité entre les deux lieux se révélant problématique :

> En fait la proximité des deux lieux était plus tenable. Y'avait un effet… par exemple, les plus âgés ils picolaient, les plus jeunes ils prenaient des produits… Enfin pas tous, mais c'était quand même la tentation [tendance ?], et en plus les plus jeunes n'avaient aucun, n'ont aucun revenu. Donc ils étaient souvent un peu les prédateurs de plus âgés quand ils étaient alcoolisés et qu'ils avaient touché le RSA [RMI] : y'en a qui retiraient leur RSA [RMI] en une fois, ils avaient la liasse de billets dans le portefeuille quoi… Donc les jeunes attendaient qu'ils aient bien picolé, et ils avaient plus qu'à se servir presque… enfin, si ça résistait un peu, ça cognait. C'était infernal. Les plus âgés envoyaient les jeunes acheter de l'alcool parce qu'ils avaient la flemme, en leur disant je te donnerai une bouteille. Bon, les plus jeunes, quand ils avaient picolé, ils étaient un peu remuants… enfin c'était le *Far West* quoi ! Donc on s'est dit que c'était fatigant. On s'est dit qu'il fallait qu'on trouve une solution. Qu'on écarte les deux structures, ça sera sûrement… et puis c'était très petit en plus, le Point de Repère était minuscule. Donc on a trouvé ce local place Saint-Hubert, et puis on a réussi à délocaliser, et ça a changé du tout au tout l'atmosphère. C'était beaucoup plus serein.
>
> Salarié 1

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

L'extrait qui précède met en lumière un effet pervers du RMI, lié au seuil d'âge qu'il instaure (Paugam et Duvoux 2008). Dès lors qu'une partie des usagers de l'accueil de jour en bénéficie et l'autre non, les inégalités s'exacerbent et mettent à jour des différences générationnelles qui se traduisent par des violences fréquentes. Ces différences forment un clivage qui traduit l'évolution observée dans la démographie des personnes à la rue au début des années 1990. La figure typique du clochard, souvent décrit comme une personne relativement âgée, débraillée, fréquemment ivre, mais aussi vectrice de représentations – souvent idéalisées – de liberté et de rébellion contre les normes, est de moins en moins visible à défaut de réellement disparaitre (Gaboriau 1993). À l'inverse, une population plus jeune, pour partie issue des dispositifs d'aide sociale à l'enfance, apparait dans l'espace public. À l'évolution démographique correspond une évolution des problématiques :

> [Au début] y'avait que des personnes plus âgées dans la rue, et qui avaient donc le RMI à l'époque. Et quelques années après sont arrivés les jeunes. Mais alors, c'était complètement des problématiques différentes : d'abord y'avait pas le RMI ; plus des problèmes de drogues d'un côté, et les gens disaient plus d'alcoolisme de l'autre. Je veux dire c'est toujours… c'est pas la majorité, mais les gens les classifiaient comme ça. Mais toujours est-il que les gens se bagarraient, se volaient les uns les autres. Les jeunes se droguaient, y'avait beaucoup, y'a toujours de la prostitution, y'avait le sida, y'avait plein de choses différentes, alors on les avait séparés. Dans un premier temps, juste d'un trottoir, mais c'était pas suffisant. Parce que vraiment, c'était très dur. Beaucoup de bagarres, ce qui fait qu'après ils sont allés vraiment vers le Point de Repère. Avec vraiment un accueil spécifique, y'avait quand même des permanences « Aides », des permanences du Nid pour la prostitution, pour la drogue, donc voilà, c'était un peu différent tout en étant la même chose, mais c'était vraiment un accueil de jour.
>
> Pionnière 2

> On a même séparé les jeunes et les moins jeunes, donc ça il y a une histoire, c'était l'histoire du RMI : le RMI d'un côté, pas le RMI de l'autre. Et puis des problématiques qui nous semblaient un peu différentes, parce qu'avec les jeunes, beaucoup plus de problèmes de toxicomanie même si y'en a aussi chez les plus âgés mais c'était plus… et puis les différences d'âge entre les jeunes, speed, tout, tout de suite, aussi à cause des produits, enfin… y'avait quand même un certain type de fonctionnement. Et puis des gens plus âgés, déjà bien fatigués.
>
> Pionnière 1

La création d'un lieu spécifiquement dédié aux moins de 25 ans traduit la volonté de développer un mode d'accueil dédié à une population qui fera bientôt l'objet d'un investissement spécifique des pouvoirs publics, la « *jeunesse en errance* » (Pattegay 2001). Le lieu répond aussi aux nombreuses difficultés liées à la rencontre entre deux populations également confrontées à la pauvreté, mais ayant adopté des modes de vie très différents. Les jeunes sans-domicile, dits *en errance* ou *zonards* (Pimor 2013), s'inscrivent ainsi plus fréquemment dans la revendication de modes de vie marginaux autour du squat, de pratiques festives, de la mobilité mais aussi des conduites à risques liées aux usages de drogues ou aux pratiques sexuelles (Pimor 2012 ; Schlegel 2015, 2016 ; Rothé 2016). Les membres de l'Abej prennent rapidement conscience de ces différences et cherchent à alerter les pouvoirs publics sur les usages de drogues, principalement d'héroïne qui connait alors une forte diffusion

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

(Duprez et Kokoreff 2000 ; Bouhnik 2008 ; Bergeron 2009). Dans un entretien à la *Voix du Nord* en 1992, deux membres fondateurs déclarent « *la nécessité de déclarer la guerre à la drogue* », en mettant en garde : « *le nombre de drogués va être multiplié par dix dans les cinq ans qui viennent* ». Plus marginalement, les rapports d'activité soulignent les liens entre usages de drogues, prostitution et Sida, témoignant ici encore d'une prise de conscience précoce des membres de l'Abej sur le sujet (Dodier 2003 ; Le Naour 2010).

À propos des usages de drogues, le paradigme dominant au début des années 1990 reste celui de l'abstinence et de la cure, dans la poursuite de la logique répressive qui caractérise l'État français en matière de toxicomanie depuis la loi de 1970 (Bergeron 1999). Le rapport d'activités de 1991 donne une idée de la conception générale du traitement des usages et des usagers de drogues à l'Abej à cette date :

> La toxicomanie est l'un des motifs de consultations qui ont le plus augmenté, ce qui n'est pas sans poser de très sérieux problèmes […]. Moyens de prise en charge :
>
> - Difficile… il faut faire du « un à un ».
> - Travail en partenariat.
> - Exclusion immédiate des jeunes pris sur le fait de consommation ou de trafic à l'intérieur des locaux.
> - Seuls sont acceptés ceux qui désirent se soigner et acceptent un projet clair de soins.
>
> *Rapport d'activités* 1991

Ce paradigme évolue pourtant dans les années 1990 (Bergeron 1999 ; Coppel 2005), et l'ouverture du Point de Repère permet une adaptation des pratiques d'accompagnement et de soins aux nouveaux problèmes que rencontrent les membres de l'Abej :

> La cohabitation était quand même très, très compliquée. Et puis des projets aussi… C'est vrai qu'on s'est dit, bah l'accueil de jour pour les plus de 25 ans, bah pour certaines personnes ça sert à rien de les « stimuler » à chercher du travail tous les jours. Les gens sont dans des parcours trop compliqués par rapport à l'emploi… les jeunes, il faut pas qu'ils s'installent comme dans un centre social, alors j'ai rien contre les centres sociaux non plus, mais je veux dire c'est… il faut quand même continuer à les stimuler, à se bouger… enfin vous voyez la manière de, l'accompagnement était différent.
>
> Pionnière 1

Des écarts se font jour dans les pratiques d'accueil et d'accompagnement, le rapport à l'emploi de cinquantenaires ayant passé plusieurs années dans la rue étant très différent de celui de jeunes adultes à peine sortis de l'aide sociale à l'enfance. La séparation spatiale de ces populations permet leur gestion différentielle : peu de temps après son installation dans un nouveau lieu en 1995, le Point de Repère se dote d'un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), qui témoigne de la diffusion du paradigme de la réduction des risques au sein de l'Abej (annexe 3.11).

D'autres dispositifs sont créés ou redéployés au cours de la décennie 1990. Ainsi des ateliers « Jeunes et partage » en 1995, qui proposent à des personnes de moins de 25 ans de

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

participer à un projet humanitaire, ou d'un atelier « Multiservices » en 1999, qui s'inscrit dans la logique de l'insertion par l'activité économique (IAE), en proposant à des personnes accompagnées de travailler à la réalisation de services pour l'association, à moindre coût. Dans un contexte où le *Workfare* commence à se développer (Duvoux 2009, 2015 ; Palier 2008), l'insertion par l'activité économique « *devient une composante centrale de cette nouvelle politique de gestion du chômage par la mise au travail* » (Gérome 2017, p. 154). Dans le cadre associatif, l'activité économique est mise en œuvre dans une optique d'accompagnement et de « *support à la résolution des problématiques sociales et/ou psychologiques individuelles* » (Gerome 2017, p. 156), plutôt que de rentabilité. De façon *a priori* plus surprenante, l'Abej ne se dote de dispositifs d'hébergement qu'au milieu des années 1990, et ce n'est qu'en 1999/2000 que l'association inaugure son CHRS. Plusieurs explications justifient cette orientation relativement tardive vers l'hébergement : en premier lieu, la communauté baptiste assure déjà dans ses lieux de vie l'hébergement d'une trentaine de personnes, dans un esprit décrit par un pionnier comme « *familial* ». D'autre part, l'Abej parait privilégier les solutions de relogement direct, comme en témoigne l'ouverture d'un service dédié dès 1991. Cette même année, le fondateur de la communauté explique dans un entretien à Nord Éclair son opposition à l'ouverture d'un nouveau CHRS – qui ouvrira néanmoins et qui, ironie de l'histoire, sera absorbé par l'Abej à la fin des années 2000 :

> L'action d'insertion par le logement, la santé et le RMI poursuivie par l'Abej au centre de Lille a fait reculer considérablement le nombre de personnes SDF dans la métropole. Il demeure, c'est vrai un « noyau dur » d'une vingtaine de personnes très marginalisées à la Gare de Lille.
>
> Pour ma part, je ne crois pas que l'ouverture d'un foyer supplémentaire réglera ce problème inévitable dans toutes les gares des grandes villes. En prenant le problème de cette façon, on peut ouvrir un nouveau foyer chaque année sans jamais rien régler !... La solution pour ces personnes les plus marginalisées, les plus en danger l'hiver, passe par la relation au un à un, la proposition et l'accompagnement de solutions individualisées pour chacun. C'est ce que fait l'Abej en gare de Lille et dans la rue toute l'année avec des éducateurs et des bénévoles. […] Bien sûr l'accueil d'urgence est indispensable dans cette démarche de solution individuelle.

Et *Nord Éclair* de conclure :

> Le débat du long terme et de l'urgence reste cependant ouvert : si tous les foyers lillois ne font effectivement pas le plein, certains cependant doivent refuser des demandes criantes.

De fait, ce débat entre court, moyen et long termes, urgence, stabilisation et insertion, se fait de plus en plus structurant au cours des années 1990 (Pichon 1996 ; Soulié 1997 ; Marpsat, Firdion, et Delarue 2000). À mesure qu'elle se professionnalise, l'Abej est amenée à s'inscrire de plus en plus nettement dans des visées d'accompagnement et de soins conformes à celles du secteur, au sein duquel les pouvoirs publics, État en premier lieu mais aussi collectivités locales, jouent un rôle d'orientation et de régulation accru.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Les débuts de la salarisation

La montée en charge de l'Abej, liée à la création de nouveaux dispositifs, l'amène à s'inscrire dans un processus de salarisation. Comme dans d'autres organisations du même type, on peut repérer plusieurs modes de recrutement, qui renvoient à des profils différents de salariés bien que les écarts générationnels soient peu marqués chez des personnes qui sont toutes recrutées entre 1985 et 1995 (Péchu 2001; Brodiez-Dolino 2009a). Les premiers salariés de l'association se recrutent dans le premier cercle de l'Abej, parmi les fondateurs eux-mêmes ou au sein des paroisses. Pour certains, leur statut de professionnels du travail social, paramédical ou médical, justifie ou facilite cette embauche qui se fait à temps partiel les premières années. Pour d'autres, l'embauche permet de sanctionner un engagement temporel déjà important. Dans ce cas, le travail de prise en charge fait l'objet d'un apprentissage sur le tas :

> Alors les premières années, j'étais le… un peu comme aujourd'hui, mais en minuscule, j'étais le manager. Donc l'homme à tout faire, le manager, je bricolais dans le lieu d'accueil, j'étais le conducteur du lieu d'accueil puisque c'était le bus, enfin on était plusieurs mais j'étais le conducteur principal puisque j'étais à plein temps sur l'action. Donc j'ai travaillé 7 jours sur 7, j'avais pas de repos. Pendant le premier hiver, j'ai travaillé tous les jours sans m'arrêter. […] Et puis quelque part j'apprenais mon métier de travailleur social. Puisque j'essayais de percevoir ce qu'il fallait faire pour les gens, en fonction de ce qu'ils nous disaient. Ça c'était avant l'embauche du premier salarié, pour essayer de les aider à s'en sortir. J'étais quand même aidé par une assistante sociale, qui travaillait au conseil général et qui était membre de la paroisse, et d'un médecin, qui venait d'obtenir sa thèse et qui venait de s'installer. […] Et puis ce qui reste aujourd'hui, je pense, en tous cas en partie, c'est le fait que les fondateurs de l'Abej ne sont pas des travailleurs sociaux de formation. Moi je suis arrivé comme jeune pasteur, pour moi le monde est ouvert, rien n'est impossible en soi, rien n'est interdit, on peut tout essayer… et donc moi j'ai testé des quantités de choses, notamment des choses où aujourd'hui, dans le travail social on dit « *faut pas faire ça* ». Et nous on disait « *bah si faisons-le* », et puis on s'aperçoit que ça marche. Donc l'empirisme prend le pas sur… la connaissance universitaire, etc. Donc voilà, c'est l'époque où on a essayé beaucoup de choses.
>
> Pionnier 1

> Oui. Y'avais [le pionnier 1, pasteur] qui devait être salarié, une assistante sociale qui s'appelait, peut-être que [le pionnier 2, médecin] avait commencé à être salarié aussi, je ne sais plus… et il y avait une ou deux éducatrices, qui venaient d'être salariées. Et moi. J'étais médecin rue Sainte-Anne, à plein temps. Enfin à plein temps… oui à plein temps parce que [le pionnier 2]… non, pas à plein temps, j'étais à trois/quarts temps. Il devait avoir un jour et moi 3, 4 jours.
>
> **Vous ne vouliez pas d'activité libérale ?**
>
> Je l'ai fait après. J'ai essayé, mais ça n'a pas marché. Je me suis installé avec [le pionnier 2], boulevard de Metz. On a monté un cabinet ensemble, ça a duré deux ans, j'ai dû bosser six mois. Parce que j'étais tellement pris par la communauté que ça ne marchait pas, donc j'ai laissé tomber. J'ai laissé tomber parce que j'y arrivais pas (sourire) : j'arrivais pas à trouver du temps pour aller dans ce cabinet.
>
> Pionnier 3

Le passage du bénévolat au salariat, très commun dans les secteurs associatif et humanitaire, revêt ici une double dimension : matérielle, avec l'octroi d'un revenu qui sanctionne l'investissement personnel de ces pionniers (Simonet 2012) ; et symbolique, à

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travers la reconnaissance d'un degré d'investissement particulièrement élevé dans le cadre de l'association… mais aussi dans la communauté, comme le suggère le pionnier 3, qui en vient à renoncer à son activité de médecine libérale afin de mener à bien un engagement qui se dédouble entre l'Abej et la vie communautaire.

Le second profil de salariés recrutés par l'association à ses débuts peut être identifié par leur statut d'emploi. Dès le rapport de 1990, est souligné le recours aux « contrats emploi solidarité » (CES). Il s'agit d'une forme de contrat aidé créée la même année, à destination des allocataires du RMI, des chômeurs longue durée, des travailleurs handicapés, etc., et sur lequel le monde associatif s'est largement appuyé au cours de sa professionnalisation (Hély 2009; Hély et al. 2011). Au sein de l'Abej, les CES se destinent à des personnes accompagnées par l'association dans le cadre des contrats d'insertion du RMI et des ateliers d'ergothérapie ou d'insertion par l'activité économique. Ces salariés occupent des postes et assurent des tâches sans lien avec le travail d'accompagnement ou de soin ; ils sont faiblement qualifiés et se rattachent au « *sale boulot* » des dispositifs d'accompagnement (Hughes 1962) : coiffure, réception au standard, préparation de repas, nettoyage et entretien des locaux… D'après les rapports d'activités, leur nombre augmente régulièrement au début de la décennie avant de diminuer dans la seconde moitié des années 1990 : 71 en 1991, 90 en 1992, 119 en 1993, 150 en 1994, 152 en 1995, puis 134 en 1996 et 98 en 1997. Si la grande majorité de ces contrats sont à temps partiel, ils représentent une force de travail importante et à moindre prix pour l'association : en 1993, alors que les CES représentent 25,70 ETP, les contrats salariés classiques représentent seulement 7,5 ETP. De fait, si l'association met formellement en avant la réussite de ces contrats en termes d'accompagnement, ils sont très emblématiques des reconfigurations idéologiques et identitaires promues par les politiques d'insertion, autour de l'emploi et du non-emploi et de leurs frontières (Demazière 1992 ; Ebersold 2004), en participant à voire en institutionnalisant la précarisation du travail (Duvoux 2014). Si les types de contrats aidés ont changé, il se trouve encore au sein de l'association, en 2018, 22 contrats aidés et 135 salariés en contrat à durée déterminée d'insertion (CCDI), soit 61 ETP, pour 354 salariés de « droit commun » (238 en CDI, 116 en CDD), soit 204 ETP (*Rapport d'activités 2018*).

Enfin, le troisième profil de salariés recrutés aux débuts de l'association regroupe des personnes plus indirectement liées à l'Abej et à ses actions, et qui aspirent à s'engager dans la prise en charge de la question sociale. On trouve notamment des objecteurs de conscience ou encore des personnes qui, sans être inscrites directement au sein des réseaux de sociabilité paroissiaux, s'y rattachent par des liens interpersonnels. Trois salariés présentant ce profil ont été rencontrés. Outre qu'ils arrivent tous trois en 1992 à l'Abej, ils y travaillent encore aujourd'hui, à des postes d'encadrement pour deux d'entre eux, tandis que le troisième est éducateur, mais est occasionnellement chargé de missions d'encadrement. Ce dernier a été une

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

personne ressource au début de l'enquête de terrain, ainsi que la première personne interrogée. Contrairement aux deux autres, il ne connait pas l'Abej lorsqu'il candidate pour y travailler :

> En 1992… moi j'étais en fac, et donc en 92 j'ai mon diplôme de criminologie, et puis je vois dans le journal un papier, on cherche un psychologue… on décrit l'Abej dans le papier, on explique : « *accueil de jour* », « *personnes sans-abri* », beaucoup de gens qui ont des problèmes de justice… Et je me dis tiens, c'est un domaine m'intéresse. Je vais à l'Abej pour répondre à l'annonce, sachant que je n'ai pas le profil. J'arrive rue Sainte-Anne… c'était un bordel, y'avait du monde, c'était incroyable… [Le salarié 3], qui était là, il était objecteur de conscience : y'avait que des bénévoles, l'Église, et les objecteurs. Y'avait pas de professionnels. Donc quand je vois le monde, je dis « *mais c'est quoi ce truc ! Ils n'ont pas de sous, ils m'embaucheront jamais !* ». Et [le salarié 3] il dit, « vous cherchez quelque chose ? » « *Non, je veux être bénévole* ». Je sais pas pourquoi c'est sorti comme ça (rires). J'appelle une dame : ah y'a monsieur veut être bénévole. Y'avait beaucoup de bénévoles, donc la dame au téléphone dit au [salarié 3], je peux le recevoir tel jour. Ok. Donc le jour en question je viens, et je suis reçu par une dame, qui était de l'Église. On parle de bénévolat, tout ça. Elle me dit vous avez fait quoi comme parcours « *ah je viens de terminer mes études, j'ai eu mon diplôme…* » je lui montre même mon mémoire […] Et puis elle me dit, « *bon je te rappelle* ». Je te rappelle, je te rappelle, je te rappelle. Je suis sorti de là je me suis dit « *elle me rappellera pas* ». Et puis ils me rappellent, et on me dit « *est-ce que tu peux aller voir une dame ?* ». […] Et puis à la fin de l'entretien, je me rends compte qu'elle m'embauche (éclat de rire).
>
> Salarié 2

Ce salarié prend connaissance de l'Abej et de son action par le biais du journal. Il vient d'être diplômé de criminologie, ce qui ne l'inscrit pas directement dans le secteur du travail social, mais le rattache à un ensemble de pratiques et de savoirs visant à traiter les déviances ou, plus largement, certaines facettes de la question sociale. Ses études l'ont amené à travailler sur les activités de réinsertion des personnes emprisonnées, expertise qu'il mettra en valeur une fois salarié de l'Abej en nouant des liens entre les personnes emprisonnées, le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et les mesures de réinsertion proposées par les services de l'Abej. L'extrait souligne aussi la composition du personnel de l'accueil de jour, fait de membres de la communauté, de bénévoles et d'objecteurs de conscience. Comme le souligne Florence Ihaddadène, après la reconnaissance de leur statut au cours des années 1980/1990, ces derniers « *rejoignent alors massivement des associations, qui entament une période de forte croissance de salarisation* » (2015, p. 109). Certains d'entre eux sont aujourd'hui encore investis au sein de l'association, comme ce salarié :

> **Depuis quand es-tu à l'Abej ?**
>
> J'ai commencé en 1992, le 3 juin.
>
> **Le 3 juin, pourquoi tu t'en souviens comme ça ?**
>
> Je sais pas, j'étais jeune, j'avais 20 ans. Et je suis arrivé en tant qu'objecteur de conscience. […] J'avais déjà en tête que je voulais être objecteur de conscience, et dans le social. Je me suis dit : ça me fera aussi de l'expérience, plutôt que… Parce qu'à l'époque le service national était obligatoire, donc de toute façon il fallait y passer, et moi je me voyais pas au garde-à-vous. Pas que je suis contre les armes, etc., mais c'est plus la discipline militaire dans laquelle je me voyais pas (sourire). Et je me disais, bah plutôt que de faire ça, autant être utile. Donc il y avait la possibilité d'être objecteur de conscience, par contre ça doublait le temps d'engagement. C'est-à-dire qu'au lieu de 10 mois de service national, bah c'était 20 mois. Donc voilà, et j'avais contacté l'Abej qui m'avait fait faire des essais, etc., et ça avait collé en fait. […]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Comment tu en avais entendu parler de l'Abej ?

Alors… pfiou là… par contre ce sera un peu plus flou… je pense qu'une amie de ma mère était bénévole au sein de l'Abej, depuis longtemps. Et c'est par ce biais-là que… on m'avait dit qu'on s'occupait des sans-domicile, et ça me convenait quoi. Oui, ça collait dans ce que je recherchais. Alors je savais aussi qu'il y avait un côté religieux, donc peut-être aussi que c'était plus ça qui peut-être me faisait peur au début. Mais je me suis aperçu que c'était des gens normaux (sourire).

Salarié 3

Aujourd'hui cadre au sein d'un dispositif de l'Abej, ce salarié découvre l'association par le biais de sa mère, qui connait elle-même une bénévole investie de longue date. Préalablement à son embauche, il a entamé une année d'études en histoire par laquelle il se dit « *passionné* » sans donner suite, puis une année d'administration économique et sociale, qui le sensibilise à l'intervention sociale ; il travaille parallèlement à la Poste. Comme de nombreux objecteurs de conscience, il cherche à se rendre « *utile* » en accomplissant son service dans le secteur social, d'une durée deux fois plus longue que le service militaire. La présence marquée des objecteurs à l'Abej, si elle est en partie liée à la reconnaissance de leur statut et au mouvement de salarisation/professionnalisation du monde associatif, peut également être expliquée par des affinités électives. En effet, la paroisse baptiste à l'origine de l'Abej entretient des liens avec le Mouvement international de réconciliation (MIR), mouvement pacifiste international et interreligieux, au sein duquel les protestants, et en particulier les baptistes, sont particulièrement actifs[102] (Baubérot 2000). L'objection de conscience apolitique des « *pacifistes intégraux* » rejoint l'objection de conscience d'individus jeunes et plus ou moins nettement marqués à gauche. Le troisième salarié embauché en 1992 est aussi celui qui apparait le plus proche de la communauté baptiste :

Depuis quand êtes-vous à l'Abej ?

Depuis hmm ? Depuis mai 1992.

Mai 1992, au début c'était en tant que bénévole ?

Non non, directement en tant que salarié. Je connaissais l'activité de l'Abej et j'avais repris des études de psycho sur le tard et je cherchais une opportunité de travail à temps partiel, parce que… j'avais une trentaine d'années, et avant j'avais travaillé dans des choses qui n'ont rien à voir. […] Et je me suis dit, je vais en Angleterre je vais apprendre à parler anglais comme ça je serai dans le bain, et puis peut être qu'un jour je ferai des stages en psycho. […] J'y ai rencontré celle qui est devenue mon épouse. Et puis je suis revenu, je suis rentré en psycho, et donc là il fallait un travail à temps partiel. Il fallait que je vive, et puis en plus j'étais marié donc voilà, il fallait que je nourrisse la famille, enfin la famille, en tous cas le couple car on n'avait pas encore d'enfants et je connaissais l'Abej un petit peu, la communauté de la Réconciliation, qui étaient les bénévoles qui avaient montré l'Abej, etc. j'avais des connaissances un peu… (téléphone sonne) et… donc voilà, et donc j'ai postulé là l'Abej, et j'avais entendu dire qu'ils allaient ouvrir un service, je me suis dit que c'était

[102] Le MIR est la branche française de l'International Fellowship of Reconciliation (IFOR), fondé en 1914 en réaction à la Première Guerre mondiale. L'une des figures les plus connues du baptisme et de l'IFOR est Martin Luther King. Celui-ci a donné son nom à l'un des dispositifs de l'Abej et l'une des églises de la paroisse dont est issue l'Abej est l'église de la Réconciliation.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> peut-être l'occasion, donc j'ai postulé, en me disant que mon CV part dans tous les sens, est-ce que… ? […] Et puis j'ai eu un entretien et puis j'ai été embauché.
>
> Salarié 1

L'extrait témoigne ici, plus nettement que dans le cas précédent, du rôle des réseaux paroissiaux dans le recrutement des premiers salariés. L'investissement initial de ce salarié apparait relativement opportuniste. Sa trajectoire professionnelle est marquée par une assez forte hétérogénéité et des expériences très diverses, du marketing au travail en laboratoire en passant par la vente et l'entrepreneuriat. Dans sa trajectoire, le lien le plus étroit au travail d'accompagnement des sans-domicile est son appétence déclarée pour la « *psycho* », à laquelle il renonce finalement pour s'investir pleinement au sein de l'association. Il occupe aujourd'hui un poste d'encadrement au sein de l'association.

À mesure que l'Abej gagne en visibilité, elle suscite l'intérêt de personnes qui, si elles ont des profils divers, ont en commun d'être jeunes, d'avoir une expérience limitée du marché du travail, d'être assez faiblement diplômées et souvent dans des domaines indirectement liés au travail social. Plus loin dans l'entretien, le salarié 3 explique : « *j'ai eu cette chance, mais c'est aussi l'Abej qui encore plus à l'époque, donnait sa chance, s'appuyait beaucoup sur la personnalité des gens, plus que sur le diplôme* ». Le salarié 2 souligne quant à lui qu'au moment où il intègre l'association en 1992, « *y'avait pas de professionnels* » mais « *que des bénévoles, l'Église et les objecteurs [de conscience]* » : si ce constat doit être nuancé par l'embauche des membres les plus actifs et les contrats d'insertion, elle traduit bien l'idée que le processus de salarisation en est à ses débuts, et qu'il s'accentuera considérablement dans les années qui suivent. Un autre point qui mérite d'être souligné est que contrairement aux fondateurs de l'association, les salariés ne sont pas membres de la communauté ou de la paroisse, et ne partagent pas nécessairement leurs systèmes de valeurs. On peut d'ailleurs y voir un indice de la professionnalisation de l'association : en recrutant de façon croissante à l'extérieur de ses réseaux fondateurs, l'Abej se détache de son identité religieuse et militante pour mieux revendiquer celle d'acteur légitime de la prise en charge des personnes sans-domicile.

3. L'Abej et les ambiguïtés de l'identité

Ce dernier point mérite d'être évoqué afin de clore la décennie 1990 et la phase d'institutionnalisation de l'Abej. Au début de l'enquête de terrain, l'Abej ne m'était connue qu'à travers les descriptions qu'en avait faites des sans-domicile rencontrés dans le cadre d'une précédente enquête (Schlegel 2013). Contrairement au Secours Catholique, au Secours Islamique, et dans une moindre mesure à Emmaüs, à l'Armée du Salut, etc., l'identité religieuse

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de l'Abej n'est pas connue du plus grand nombre, et elle ne l'affiche pas ouvertement[103] : personne parmi les protagonistes rencontrés ne parle d'*Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse*, tout le monde mentionne l'*Abej*. De fait, les observations réalisées au sein de l'accueil de jour et du centre de santé de l'Abej suggèrent que l'identité confessionnelle de l'association n'est pas revendiquée au sein de ces dispositifs, contrairement à l'identité professionnelle et organisationnelle, du fait que l'Abej est aujourd'hui une tête de réseau du secteur de lutte contre la pauvreté. L'analyse sociogénétique de l'association proposée dans la première section a pourtant mis en lumière les liens profonds qui relient l'identité baptiste des membres fondateurs de la communauté, leur socialisation religieuse, les sociabilités et les dispositions acquises, et l'engagement social qui mène à la mise en œuvre d'abord ponctuelle, puis régulière, enfin continue et ininterrompue d'actions de plus en plus spécialisées.

De façon générale, l'origine confessionnelle de l'Abej n'est pas mise en avant dans les rapports d'activités de la fin des années 1980 et du début des années 1990. De fait, depuis son affiliation à l'Abej-Nationale au milieu des années 1980 puis la reconnaissance de l'autonomie des antennes qui s'y rattachent en 1993, l'Abej-solidarité est une association du type loi 1901, mais non 1905 : autrement dit, elle est subventionnée pour mettre en œuvre des activités culturelles, en l'occurrence sociales, mais non cultuelles, c'est-à-dire religieuses. Les éditoriaux, ou « *ouvertures* », adoptent un registre d'argumentation droit-de-l'hommiste, citant la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ou Vaclav Havel. Les références à la religion apparaissent à travers les témoignages de divers membres, bénévoles, salariés ou dirigeants :

> La parole à XX, bénévole.
>
> C'est le hasard (ou la Providence) qui m'a fait rencontrer YY dans les Hautes-Alpes. Et cette rencontre au sommet m'a fait découvrir l'Abej. Et lorsque le bus a démarré, j'ai pris un abonnement. […] Et pour moi, catholique, il y a aussi cet œcuménisme vécu. Il y a peut-être des différences entre nous (depuis huit ans, je n'en ai pas encore trouvé), mais comme disait le Christ, « *il y a beaucoup de maisons au Royaume de mon Père* ». Pour ma part, je ne dirais pas que tous les chemins mènent à Rome (ça risquerait d'être mal interprété) mais je pense qu'on chemine ensemble vers le même but. Et je serai vraiment déçu si là-haut (si j'ai le bonheur d'y aller), je ne rencontrais pas assis les uns à côté des autres, Jean XXIII, Martin Luther King et Gandhi. Pour terminer, je dois faire un aveu. Je suis très inquiet à l'idée de cet au-delà. Car l'Abej m'aura apporté de tels enrichissements que je crains d'être jugé et taxé pour cette grande fortune.
>
> […]
>
> La foi à l'épreuve de la misère.
>
> Qu'est-ce qui fait courir [le pionnier 1] ? La foi en Dieu et l'homme. Militant de l'Abej depuis la première heure, il est sensibilisé en tant que chrétien par la souffrance d'une population laissée pour compte. « *Mais attention, nous ne sommes plus à l'époque des dames patronnesses. Nous avons conçu l'Abej comme un outil professionnel, le plus compétent possible* ». **Pas d'amateurisme donc. Ni de charité bonne conscience** [en gras dans le rapport]**.**
>
> *Rapport d'activités* 1993.

[103] Je remercie Bruno Duriez de m'avoir fait cette réflexion au détour d'une conversion, qui m'a incité à réfléchir à l'identité pensée et affichée de l'association et de ses membres.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Dans les deux cas, la foi est mise en avant comme un « moteur personnel » (expression entendue à plusieurs reprises au cours des entretiens avec les pionniers). Dans celui du bénévole néanmoins, cet engagement individuel est explicitement rattaché à l'identité œcuménique de l'Abej, tandis qu'elle fait l'objet d'une distinction plus marquée dans le deuxième extrait cité, pourtant prononcé par un pasteur, membre initial de la communauté. En reléguant la religion dans la sphère privée, ce dernier associe l'amateurisme et la charité des « *dames patronnesses* » et leur oppose une aspiration au professionnalisme. En voulant faire de l'Abej un « *outil professionnel, le plus compétent possible* », on retrouve particulièrement bien l'idée « *qu'être professionnel, c'est non seulement se juger comme tel mais aussi être reconnu comme tel par des acteurs extérieurs participant à l'activité de travail en tant que pairs, supérieurs hiérarchiques, subordonnés, clients donneurs d'ordre, etc. […] En ce sens, ce n'est pas tellement la qualité de "professionnel" qui est jugée que celle de "bon professionnel"* » (Boussard, Demazière, et Milburn 2010, p. 15).

C'est finalement à la communauté de vie elle-même qu'il faut revenir. À mesure que l'association se développe, la communauté continue d'exister et d'héberger au sein de ses lieux de vie des personnes sans-domicile. Dans le rapport de l'année 1989, cette pratique est explicitement nommée « *Abej communauté chrétienne* », mais elle est appelée « *accueil en lieu de vie communautaire* » à partir de 1990. Ce sont cinq couples qui assurent l'accueil : quatre se situent à Lille, un en Ardèche, ce dernier servant de postcure. La légitimation de leur action passe néanmoins par la mise en avant systématique des statuts professionnels de membres de la communauté (médecins, infirmières, éducateurs spécialisés, assistantes sociales) et sur « *l'expérience solide de l'accueil* » qui est la leur. À l'inverse, l'affiliation confessionnelle n'est jamais mise en avant, y compris lorsque l'historique de cet accueil est relaté. On peut par ailleurs penser que l'hébergement en communauté explique la réticence des membres de l'Abej à se doter d'un centre d'hébergement, alors même qu'il s'agit d'un dispositif central dans le système de prise en charge en train de se développer. L'hébergement communautaire, familial, de petite taille, est ainsi privilégié face à des dispositifs d'hébergement qui, dans les années 1990, apparaissent encore nettement disciplinaires (Pichon 1996 ; Soulié 1997 ; Declerck 2001). La communauté de vie prend pourtant fin de façon brutale à la fin de l'année 1995. La raison est liée au départ du pasteur à l'origine de la communauté, départ contraint plutôt que souhaité :

> **La fin de la vie communautaire est liée au départ du pasteur ?**
>
> Oui, parce que je pense qu'on aurait continué sinon. Mais comme il est parti… alors, pour la faire courte, il est parti en grand conflit avec nous. Alors c'est pas qu'il est parti, c'est plutôt qu'on l'a viré. Donc voilà, ça s'est terminé comme ça, si vous voulez.
>
> Pionnier 6
>
> Les gens qui… enfin les gens qui étaient engagés, parce qu'on avait des engagements à vie dans cette communauté : ma femme et moi, on venait de s'engager à vie. On venait juste, on était les

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> derniers à s'engager, un mois avant qu'il s'en aille. Et donc du coup, ça a été très douloureux pour nous, mais bien plus encore pour ceux comme WW, pour YY et ZZ, qui ont vécu 20 ans en communauté, donnant tout, tout, tout, leurs salaires, leurs biens, leurs héritages pour certains... et qui regrettent pas d'ailleurs, ils ont eu une belle expérience de vie, c'était fantastique comme expérience de vie. Mais d'un seul coup, comme ils avaient connu que ça, ils se sont dits, mais c'est pas la vie, il faut qu'on expérimente autre chose, donc tout le monde a… s'est dit, bah il faut que je sauve ma famille, voilà. Et c'était sans doute une bonne réaction.
>
> **Vous, vous avez poursuivi avec votre femme, du fait de cet engagement à vie ?**
>
> Bah oui, nous on venait de s'engager à vie, pour nous ça avait vraiment du sens, on était venu à Lille pour la vie communautaire, je pense encore plus que pour l'Abej. L'Abej pour nous c'était important que cette vie communautaire elle serve à quelque chose, donc du coup à accueillir les gens qui étaient dans la rue, tout ça, c'était tout à fait chouette, enfin c'était tout à fait dans notre vision des choses, mais c'était avant tout pour la vie communautaire. Maintenant, la vie communautaire c'est un vieux souvenir, j'ai plus trop envie (sourire), ça me va bien comme ça.
>
> Pionnier 3

La fin de la communauté de vie baptiste apparait comme une expérience douloureuse pour les membres qui s'y étaient investis. Aucun n'a souhaité évoquer les évènements qui sont à l'origine de la crise, et les motifs de la mise à la porte du fondateur sont donc restés flous. Dans les archives mises à disposition, alors que le fondateur est omniprésent dans les documents antérieurs à 1995, il disparait définitivement à partir de 1996. Les rapports d'activité cessent de mentionner son nom. Seule une coupure de presse (il s'agit probablement d'une livraison de la Voix du Nord ou de Nord Éclair de la fin de l'année 1995) explique que « *ce départ soudain pour des raisons tout à fait personnelles a laissé l'association sous le choc. Jusque-là, agir sans le fondateur paraissait inconcevable. Il était quasiment le seul et unique interlocuteur auprès des institutions locales et départementales. Il personnalisait l'Abej* ». La rupture est donc brutale, complètement imprévue, et vécue comme une trahison autant qu'une déception[104]. Alors même que la communauté disparait, l'Abej continue pourtant d'exister. Plusieurs pionniers parmi les plus investis maintiennent leur engagement dans l'association. D'autres partent, tel le pionnier 3, dont l'extrait d'entretien cité souligne bien que la fin définitive de la communauté de vie en 1997 est une profonde déception, qui l'amène à prendre ses distances. Il renoue néanmoins avec l'Abej au milieu des années 2000 et il y est de nouveau investi aujourd'hui. En dehors de bifurcations individuelles, la crise de la communauté ne semble pourtant pas toucher, ou seulement à la marge, le développement de l'Abej. La revendication d'un statut et d'une identité d'acteur professionnel pleinement légitime de la prise en charge des sans-domicile est ainsi passée par la mise à distance de son identité religieuse. Comme dans

[104] Le témoignage le plus précis est le suivant : « *pour des raisons, on va dire… de vie… qu'on a découvert chez lui, et puis qui étaient pas du tout… enfin voilà, il nous prêchait des choses qu'il ne pratiquait pas du tout, donc nous ça nous a un peu…* ». Un article de 2013 consacré à l'Abej dans un périodique protestant franco-suisse parle d'un « dérapage personnel du fondateur ». Ces maigres éléments peuvent suggérer une rupture des règles de la vie communautaire (appropriation ou détournement de biens à des fins personnelles par exemple), ou des comportements susceptibles d'être étiquetés comme déviants par les autres membres de la communauté (adultère, homosexualité, pornographie, etc.), voire des actes de pédophilie.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de nombreuses associations, une division fonctionnelle et organisationnelle du fait religieux est aujourd'hui respectée :

> Œcuménique : dans notre règlement intérieur, on a une sorte d'équilibre, on essaie toujours de garder entre le courant protestant et les catholiques. Mais quand on en parle entre nous, il y a rien qui nous distingue fondamentalement, dans l'Abej, de ce qui est catholique ou protestant : en fait c'est chrétien, et nos valeurs sont chrétiennes. Au niveau du conseil d'administration. C'est le seul endroit dans lequel nos convictions, chrétiennes et religieuses sont affirmées. […] Quand on nous demande d'en témoigner, il n'y a pas de difficulté là-dessus. La seule proposition qui est faite dans les accueils de jour, c'est la proposition d'aumônerie. Donc là qui est portée par l'association, par l'Église qui intervient, et l'étape suivante c'est aussi d'y faire venir les prêtres catholiques. Alors on a pas mal de contacts avec des dominicains et des jésuites, des novices viennent souvent. […] Et d'ailleurs, à ce sujet là, on a réaffirmé il y a pas longtemps notre appartenance chrétienne. Ça veut dire qu'à la suite d'un conseil d'administration particulier, on s'est dit, tiens, « *est-ce que l'Abej est pas en train de dériver, vers quoi va l'Abej ?* ». Du coup on a réuni une commission qui a planché un petit peu là-dessus, et qui a proposé au comité d'administration. Ce qui est ressorti de ça, c'est que l'association reste une association protestante, mais qui a choisi dans sa gouvernance, donc au niveau du conseil d'administration, qui a choisi l'œcuménisme.
>
> Pionnier 4 (hors communauté)

C'est le comité d'administration, composé à parts égales de catholiques et de baptistes, qui se porte garant de l'identité religieuse de l'association. De fait, les observations réalisées à l'accueil de jour et au centre de santé de l'Abej suggèrent que l'identité confessionnelle de l'association n'est pas revendiquée au sein de ces dispositifs. Une exception notable doit être soulignée, puisqu'une aumônerie existe pour les salariés et aux usagers qui le souhaitent :

> J'ai proposé qu'il y ait une aumônerie, pour que si quelqu'un de la rue se posait des questions, il pouvait peut-être être aidé dans sa démarche. Et donc, quand j'ai été faire le tour des quelques services qui existaient à l'époque pour dire voilà, il va y avoir une aumônerie, ils m'ont tous regardé d'un air un peu bizarre. Et j'ai dit autour de la table, je me rappelle parce que je posais des questions comme ça : « *y'a personne autour de la table là, chez les travailleurs sociaux, etc., y'a personne chez vous qui se pose la question de ce qu'il va devenir après la mort ? Est-ce que Dieu existe, existe pas, est-ce que c'est une fumisterie ? Y'a personne qui se pose des questions ?* » Grand silence. « *Bon bah voyez, l'aumônerie c'est aussi pour ça, c'est pour aider les gens* ». Qui peut-être ne savent pas trop où s'adresser, où demander, etc. sans qu'on leur impose quoi que ce soit. Donc c'est comme ça qu'on a souhaité garder le lien avec les Églises finalement.
>
> Pionnier 1

Cette aumônerie et la réaffirmation de l'identité religieuse de l'Abej au niveau de sa gouvernance ne semble pas lui porter préjudice auprès de ses salariés. Parmi les professionnels rencontrés, si la quasi-totalité – hors médecins – se déclare athée et si certains reconnaissent s'être interrogés sur la place du fait religieux dans les dispositifs de l'Abej au moment de leur recrutement, tous ont déclaré avoir été rassurés quant à l'absence d'interférences avec leur travail. Significativement, ils sont nombreux à déclarer adhérer aux « *valeurs de l'Abej* », sans néanmoins que celles-ci soient identifiées. Par ailleurs c'est précisément la seule salariée se revendiquant croyante et pratiquante et déplorant que l'identité religieuse ne soit pas « *plus présente* », qui a quitté l'association au cours de l'enquête.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

II. Grandir ou mourir : l'affirmation de l'Abej comme acteur de référence de l'action médico-sociale

La création des nouveaux dispositifs a vocation à répondre à une demande croissante et qui se diversifie, liée à l'inscription durable de la question SDF dans l'espace public. Elle traduit aussi l'investissement des pouvoirs publics, et d'abord de l'État, dans la prise en charge de la question SDF. Au cours des décennies 2000 et 2010, l'association amorce une nouvelle phase et devient un acteur influent de la prise en charge des sans-domicile. Cette reconnaissance dépasse largement l'échelon local : elle est l'une des deux associations non-parisiennes – avec la Lyonnaise « Notre-Dame des sans-abri » (Brodiez-Dolino 2018) – qui siège à la table des discussions qui mènent à la « politique de refondation » de la prise en charge des sans-domicile (Gardella 2014a), à la suite des mobilisations des Enfants du Canal. Cette reconnaissance croissante s'appuie sur plusieurs processus. La diversification des activités de l'Abej s'accentue et passe par un investissement croissant dans les dispositifs de santé, qui s'affirment depuis le début des années 2000 comme un secteur d'activités, donc de ressources, particulièrement important (1). Les évolutions de l'Abej témoignent par ailleurs de la rationalisation du secteur associatif, de sa bureaucratisation et de l'évaluation croissante des activités mises en œuvre (2).

1. La diversification et la sanitarisation des dispositifs

À partir des années 2000, le développement de l'Abej s'accélère. De nouveaux dispositifs sont créés par l'association afin de répondre aux évolutions sociodémographiques de la population sans-domicile (Brousse, Massé, et Guiot de La Rochere 2006 ; Brousse, Firdion, et Marpsat 2008). Si elle était déjà localement perçue comme pionnière, l'association s'affirme à cette période comme une figure de proue du système de prise en charge des personnes sans-domicile. La diversification de ses activités traduit aussi un positionnement stratégique original, qui lui permet d'assurer sa pérennité et se traduit dans les entretiens par la revendication d'une position d'avant-garde. Les pionniers soulignent qu'ils ont toujours cherché à répondre aux besoins et aux problèmes des personnes sans-domicile à mesure qu'ils se présentaient à eux, et indépendamment du cadre de plus en plus institutionnalisé de la prise en charge :

> Je pense qu'on a toujours, et qu'on continue encore, d'agir surtout avec beaucoup de bon sens et en se disant : « si moi j'étais dans cette situation, bah qu'est-ce que j'aimerais qu'il m'arrive, qu'est-ce que j'aimerais qu'on fasse pour moi ? »
>
> Pionnier 1

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Le développement de l'Abej s'est fait à chaque fois par rapport aux besoins qu'on rencontrait. Dès qu'on identifiait un besoin, eh bah on cherchait à le remplir et à y répondre. Et puis, petit à petit, c'est comme ça que l'Abej a grossi.
>
> Pionnier 4 (hors communauté)

Cette quête d'exemplarité et d'anticipation des besoins des personnes aidées se nourrit d'une forme d'empathie – « *si c'était moi, qu'est-ce que j'aimerais qu'on fasse pour moi ?* » –, dont on peut penser qu'elles se rattachent à l'identité chrétienne de l'Abej et à l'injonction à être le « *sel de la terre*[105] », que l'on retrouve en plusieurs endroits dans les rapports d'activité du début des années 1990. Cette position avant-gardiste se traduit par la création ou l'expérimentation de nouveaux dispositifs. En 2000 est créée une « *maison-relais* », dans l'un des anciens lieux de vie de la communauté baptiste dans les années 1970. Il s'agit d'une innovation de Xavier Emmanuelli, que ce dernier avait imaginée sous le terme de « *pension de famille* ». Trois autres ont depuis été ouvertes par l'association au cours des années 2010, regroupant 97 places aujourd'hui. Contrairement au CHRS, qui vise à une sortie de l'institution des personnes qui y sont hébergées, la maison-relais constitue un habitat pérenne, sans limitation de durée d'accueil, pour des personnes dont les professionnels de l'accompagnement estiment qu'elles n'accèderont pas à l'autonomie nécessaire à l'occupation d'un logement. Ce type d'accompagnement, s'il est novateur au début des années 2000 parce qu'il rompt radicalement avec les rythmes courts de l'accueil d'une part et avec la visée de réinsertion d'autre part, est en réalité assez proche des modes d'hébergement mis en œuvre par la communauté de vie baptiste au sein de ses lieux de vie. Entre 2000 et 2014, l'Abej crée ou est choisie pour expérimenter plusieurs dispositifs, tels des lits infirmiers qui deviennent « lits halte soins-santé » en 2005 (LHSS) ; des lits d'accueil médicalisé (LAM), destinés à accueillir les personnes sans-domicile atteintes d'une maladie chronique (2010) ; une halte de nuit, forme d'accueil nocturne inconditionnel et à bas seuil (2011) ; une « maison du partage », accueil qui doit permettre aux personnes hébergées ou logées de rompre leur isolement (2014). Elle est également choisie pour être l'une des quatre associations porteuses, en France de l'expérimentation du dispositif « *Un chez-soi d'abord* », qui cherche à mesurer les effets de l'accès au logement sur les personnes sans-domicile atteintes de troubles psychiques (Tsemberis, Gulcur, et Nakae 2004 ; Pleace 2013 ; Rhenter 2013 ; Vivès 2019).

Au milieu des années 2000, la création de plusieurs dispositifs destinés à la prise en charge sanitaire des personnes sans-domicile est un tournant majeur de la structuration de l'Abej. Dès ses débuts, les membres de l'association se préoccupent des questions de santé.

[105] L'expression est tirée de l'évangile selon Matthieu (Mt 5:13). Il s'agit d'une invitation à une mobilisation intense pour la justice sociale, pour l'inventivité et la créativité dans l'action sociale. Mais dans une perspective wébérienne, on peut envisager cette injonction comme une forme de protestation, parmi les convertis et les « born again » évangéliques et pentecôtistes, contre la tiédeur des grandes Églises, qui manquent de « saveur ».

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Avec la mise en place du bus puis l'ouverture des accueils de jour, des permanences médicales sont assurées par des médecins dont certains exercent encore aujourd'hui au sein de l'association. Pourtant, jusqu'en 2005, l'accès aux soins fonctionne de façon plus ou moins informelle et le travail des permanences médicales n'est financé qu'à la marge :

> [Avant cette date], il y avait que des consultations, enfin il y avait le centre de santé, qui était pas d'ailleurs, quand je suis arrivée en 1996, officiellement reconnu comme un centre de santé. Tous les ans il fallait négocier des financements, etc., et puis en 2005 on a demandé à pouvoir être reconnu comme un centre de santé, avec une mise en conformité, etc. […] parce que ça donne quand même une reconnaissance officielle, ça labellise quelque chose que vous faites, de manière non pas sauvage mais non reconnue, et puis ça donne un statut…
>
> Pionnière 1

L'agrément du centre de santé en 2005 change la donne : au-delà de la reconnaissance du travail accompli, il marque un tournant symbolique et matériel pour l'association. Il est le point de départ du déploiement des activités médicales de l'Abej :

> Donc là ça permettait d'assurer quand même une partie des financements. Puisque pour les personnes qui ont des droits, on travaille directement avec la caisse. Donc ça donne quand même une sécurité un peu plus… sûre pour le centre de santé. Et puis… au niveau de la santé, à ce moment-là donc il y avait déjà le centre de santé, il y avait déjà [le pionnier 2] qui faisait des consultations dans des centres d'hébergement, et puis on avait déjà quatre lits infirmiers. Mais ça c'était en 2005. En fait après, de 2005 à aujourd'hui, les choses au niveau de la santé se sont vraiment… pas précipitées, mais ont pris quand même beaucoup d'ampleur…
>
> Pionnière 2

Ces témoignages sont particulièrement intéressants par rapport à la problématique de cette thèse. Ils suggèrent la reconnaissance croissante dont les questions de santé font l'objet dans le secteur de la prise en charge, ainsi que la possibilité pour l'association de s'assurer des financements importants à moyen terme. Significativement, deux des membres initiaux de la communauté baptiste, respectivement médecin et infirmière puis cadre de santé, participent aux groupes de travail à l'origine de l'expérimentation et de la création des LHSS, puis des LAM : si cela explique que l'association ait été choisie pour l'expérimentation de ces dispositifs, cela illustre aussi la visibilité de l'Abej à l'échelle nationale. La sanitarisation de l'association tend par ailleurs à redoubler avec le processus de diversification dans lequel elle s'est engagée. Alors qu'elle s'est longtemps consacrée à la lutte contre la pauvreté, l'Abej s'oriente progressivement vers la prise en charge du handicap psychique au début des années 2010, poursuivant ainsi son processus de sanitarisation. En 2013 est créé un service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap (SAMSAH) : le dispositif s'adresse à des personnes logées ou hébergées de façon stable, et l'absence de domicile fixe est donc un critère exclusif de l'accès au SAMSAH. La création d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et d'une résidence-accueil en 2014 confirme l'orientation de l'Abej vers le handicap psychique : le FAM s'adresse à des personnes dont la situation nécessite une prise en charge médicale et éducative quotidienne ; la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

résidence-accueil constitue une forme de maison-relais à destination de personnes atteintes de troubles psychiques. La sanitarisation des activités de l'Abej, si elle répond à un besoin de soin de plus en plus nettement identifié des personnes sans-domicile, doit également être envisagée dans une visée de développement :

> Je dirais que la santé est très présente, les services de santé sont là parce que les besoins sont avérés. Et ensuite c'est plus facile de financer la santé, les problèmes de santé, que les problèmes d'hébergement. Parce qu'il y a plus d'argent, l'assurance maladie a beaucoup d'argent, comparé aux services de l'État.
>
> Pionnier 1

> Je pense qu'il y a eu au cours de ces années-là une conscientisation des pouvoirs publics sur la problématique santé-précarité. Parce que bon y'avait les lits infirmiers, alors les lits infirmiers c'était les DDASS, mais ça vous avez pas connu… qui étaient avant, pas la scission, mais la réorganisation de l'ARS. Et donc dans ce cadre-là, à un moment donné, interpelé par les acteurs de terrain, la DDASS avait mis en place des financements qui étaient très, très light, mais bon, c'est toujours mieux que rien, pour permettre de dire que dans les hébergements, on pourrait consacrer quelques lits qui soient mis à disposition des personnes précaires avec des vrais problèmes de santé. Donc ça je pense que c'était 2004, quelque chose comme ça. Et au niveau national, ils ont pris la décision au niveau de la direction de la cohésion sociale, en disant « *oui mais bon il faudrait quand même structurer davantage* ». C'est toujours pareil : là c'était une action peut-être un peu plus locale, il faudrait faire quelque chose mais après il faut que ça rentre dans des cases, il y a des risques, etc. donc il y a eu un groupe de travail, auquel a participé d'ailleurs [le pionnier 2], et qui a donné lieu à la création des fameux LHSS.
>
> Pionnière 2

Les données disponibles dans les rapports d'activité quant au budget de l'Abej sont parcellaires – et seulement disponibles à partir de 2012 sur la période récente –, mais elles confirment l'idée d'une structuration croissante de l'Abej autour des dispositifs médico-sociaux en raison des ressources mises à disposition (tableau 3.1).

Tableau 3.1 : répartition du budget de l'Abej par type d'activités (2012-2018)

	2012	**2013**	**2014**	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**	
	%	**%**	**%**	**€**	**%**	**€**	**%**	**€**	**%**	**€**	**%**
Santé	22	20	31	5 093 421	33	5 245 689	33	6 356 911	39	5 624 850	33
Accueil	21	22	17	2 451 218	16	2 469 646	16	2 753 127	17	2 963 475	17
Hbgmt	19	19	17	2 262 797	15	2 528 364	16	3 310 555	20	4 423 630	26
Logement	15	14	13	1 883 028	12	2 154 196	14	2 314 457	14		
Ateliers	16	16	12	2 215 333	15	2 204 875	14	1 727 173	10	2 699 076	16
Autres	7	9	10	1 358 755	9	1 257 804	8	n/r	n/a	1 582 671	9
Total	**100**	**100**	**100**	**15 264 552**	**100**	**15 860 574**	**100**	**16 462 223**	**100**	**17 293 702**	**100**

Source : rapports d'activités de l'Abej depuis 2012.

Dès 2012, les activités de santé représentent 22 %, soit un cinquième du budget de l'association. Cette part augmente et à partir de 2014 et se stabilise autour de 30 %, soit un tiers du budget. Si les autres postes de dépenses voient leur dotation en valeur augmenter sur la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

période – en dehors des ateliers d'insertion en 2017 –, leur part relative dans le budget global de l'association stagne, diminue ou augmente (très) légèrement. On peut par ailleurs remarquer qu'à partir de 2018, l'hébergement et le logement ne forment plus qu'un même pôle d'activités intitulé « *logement d'abord* », témoignant de l'installation diffuse de ce paradigme dans le secteur de la prise en charge. On peut mettre ces budgets en parallèle avec l'évolution des financeurs de l'Abej, même si les données disponibles dans les rapports d'activité limitent la perspective diachronique (tableau 3.2).

Tableau 3.2 : principaux financeurs de l'Abej (2015-2018).

	2015	2016	2017	2018
Agence Régionale de Santé	37	29	35	35
Direction départementale de la cohésion sociale	40	31	33	31
Département	16	17	14	11
DRJSCS	0	7	6	6
Agence de services et de paiement	0	2	8	8
Autres	7	14	4	9
Total	100	100	100	100

Source : rapports d'activité de l'Abej depuis 2015.

L'agence régionale de santé devient le premier financeur de l'Abej à partir de 2017 et assure plus d'un tiers des financements de l'association. La direction départementale de la cohésion sociale assure également environ un tiers des financements, et finance notamment les dispositifs d'hébergement portés par l'Abej. Le département tend à s'effacer, alors même qu'il est compétent en matière d'aide sociale (Lafore 2004, 2013). Cette évolution est d'ailleurs contraire à ce qui s'observe à l'échelle de l'ensemble du monde associatif : celui-ci connait plutôt une « *montée en charge des collectivités locales et des départements* » en matière de financements (Prouteau et Tchernonog 2017), et rappelant que la question SDF demeure un problème largement contrôlé par l'État (Damon 2002a). Ces deux tableaux illustrent trois éléments : d'abord, la reconnaissance par les pouvoirs publics de l'existence de besoins de soins de la population sans-domicile ; ensuite le rôle prépondérant qu'est appelé à (re)jouer « *l'État sanitaire* » (Rolland et Pierru 2013 ; Pierru et Rolland 2016), à travers les Agences régionales de santé, dans la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile ; enfin, la stratégie de développement de l'Abej afin d'assurer non pas sa survie, mais sa croissance. Au-delà des processus de diversification et de sanitarisation qui nourrissent nettement cette croissance, il faut envisager celle-ci au regard des évolutions qui affectent le secteur associatif, sous l'effet d'une reconfiguration de la place et du rôle de l'État dans ce secteur (Cottin-Marx et al. 2017).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Une association comme les autres ?

Les processus de diversification et de sanitarisation des activités de l'Abej expliquent que l'association se divise, à partir de la fin des années 2000, en cinq pôles : accueil, santé, hébergement, logement et insertion. Cette réorganisation marque bien la segmentation et la croissance de ses activités, qui traduisent aussi l'évolution de la population sans-domicile et la diversification des mesures mises en œuvre par l'État pour y répondre. Autrement dit, la position avant-gardiste, novatrice et exemplaire revendiquée par l'Abej – qui lui vaut quelques remarques ironiques de professionnels d'autres structures locales lors d'échanges informels – lui est, dans une certaine mesure, accordée par les pouvoirs publics. En effet, la diversification et la sanitarisation des activités de l'association, lentes au cours des années 1990 puis plus marquées à partir des années 2000, suivent dans une large mesure la professionnalisation de ce secteur et la reconfiguration de la position de l'État dans celui-ci. Deux éléments permettent d'étayer ce constat. En premier lieu, et malgré les financements considérables de l'association, dotée en 2018 d'un budget de 17 millions d'euros, les ressources publiques font l'objet d'une attribution plus parcimonieuse :

> Je dirais que l'État donnait généreusement, sans trop contrôler, regarder. C'était beaucoup plus facile d'obtenir des subventions qu'aujourd'hui. Quand je regarde les documents de l'époque, la demande de financement elle tient sur un A3 en fait (sourire). Et après il y avait sûrement quelques bilans qui étaient faits… mais c'est en train de changer à nouveau, c'est en train d'aller dans le bon sens je trouve aujourd'hui. L'argent arrivait assez facilement, y'avait… mais ça je trouve que… c'était trop facile d'avoir de l'argent à l'époque. Trop facile quelque part. parce que je peux imaginer qu'il y avait tout et n'importe quoi qui était financé. Là, voilà, l'État a changé énormément. Peut-être qu'après la loi 2002-2, mais déjà avant je pense, la question du contrôle en particulier… tout ça, ça se faisait pas à l'époque. Donc c'était très facile d'avoir de l'argent. […] Et puis ce qui était étonnant à l'époque, c'est que l'argent qu'on recevait pouvait aller aussi bien pour l'argent de matériel, de bâtiment, donc de l'investissement, de l'aide matérielle pour faire tourner l'action, mais aussi aller dans la poche des gens quelque part. Puisqu'on faisait des aides, d'urgence, on en faisait des quantités en fait. On donnait de l'argent, on achetait à manger pour les gens, on louait des chambres d'hôtel… […] Ce qui me plait moins, c'est la complexité administrative qui a, à la fois des bons côtés parce que c'est bien que l'État nous donne de l'argent, mais c'est normal qu'il sache ce qu'on fait avec, mais après il y a de tels excès je trouve que… ça en devient pas risible (rire) mais… ce côté-là est très lourd.
>
> Pionnier 1

Le discours de ce pionnier témoigne d'une ambivalence quant au contrôle accru dont les subventions publiques font l'objet. Ce n'est pas le contrôle de leur usage qui lui semble problématique, soulignant que « *tout et n'importe quoi était financé* ».Un constat similaire est réalisé par Henri Bergeron dans le cas de la prise en charge de la toxicomanie, caractérisée par de nombreuses expérimentations au cours de la décennie 1970, avant que le secteur ne se stabilise sous l'effet de la montée de la psychanalyse (Bergeron 1999). En revanche, le pionnier regrette le poids des modalités de contrôle, et notamment la « *complexité administrative* » qui résulte de l'attribution de subventions publiques. Cette bureaucratisation traduit bien l'exercice

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'une domination de l'État sur le secteur (Weber [1921] 2015). À travers l'octroi – ou non – de subventions, l'État exerce aussi un contrôle croissant sur les pratiques mises en œuvre par l'association :

> Je pense que ce qu'on a fait à ce moment-là, on pourrait plus le refaire comme ça puisque tout de suite on aurait dû remplir des tas de dossiers de mise en conformité, de sécurité… voilà ce bus, l'issue de sécurité, les normes… (rires) donc on n'aurait pas pu. Bon à l'Abej on reste toujours un petit peu hors-normes pour certaines choses, bon on le fait un peu plus discrètement (rires).
>
> Pionnier 1

> On faisait des choses, aujourd'hui on serait en prison… on irait en prison si on disait tout ce qu'on avait fait… (rires).
>
> Pionnière 1

Le contrôle croissant de l'usage des subventions publiques et des pratiques ne se limite pas à l'Abej (Loison-Leruste 2015 ; Bouquet 2016), ni même à la juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile et aux différents types d'associations s'y trouvent (Gajac 2014) : il s'agit plutôt d'une évolution caractéristique du monde associatif à partir des années 1990, qui tend à se renforcer depuis les années 2000 (Hély 2009). En outre, comme l'ont souligné Paul DiMaggio et Walter Powell, le processus de bureaucratisation tel qu'il s'observe depuis les années 1980 se caractérise par une homogénéisation croissante des formes organisationnelles. Cette homogénéisation résulte de trois mouvements principaux : la contrainte étatique, le mimétisme, enfin les normes issues des processus de professionnalisation (DiMaggio et Powell 1983). Dans cette logique « *d'isomorphisme institutionnel* », l'action associative et plus largement non lucrative se voit appliquer un nombre croissant de normes managériales et gestionnaires, importées du secteur lucratif (DiMaggio et Anheier 1990). Le paradigme de l'insertion, en créant des passerelles multiples entre le secteur social et le secteur économique, a participé de ce processus d'homogénéisation (Autès 1999 ; Mauger 2001 ; Gérome 2017), qui s'est nourri de la circulation d'entrepreneurs sociaux ayant activement participé à la marchandisation du secteur associatif[106].

Le deuxième élément qui suggère l'intervention croissante des pouvoirs publics vis-à-vis du secteur associatif et de la prise en charge des personnes sans-domicile s'incarne dans

[106] En s'appuyant sur les travaux de Clément Gérôme (Gérome 2015a, 2015b, 2017), on peut ainsi évoquer les parcours proches de Jean-Marc Borello, directeur du groupe SOS (plus de 10 000 salariés), et de Christophe Itier, pour la Sauvegarde du Nord (1 500 salariés). Itier a été président du Mouvement des entrepreneurs sociaux (Mouves) à la suite de Borello. Tous deux ont longtemps été proches du Parti socialiste, avant de rejoindre le mouvement d'Emmanuel Macron. Itier est aujourd'hui Haut-commissaire à l'économie sociale et solidaire et à l'innovation sociale, tandis que Borello est membre du Bureau exécutif du parti La République en Marche, et Délégué National à la Transformation Economique et Sociale. Ils ont également en commun de promouvoir la mise en œuvre des contrats à impact social (social impact bonds), qui ont vocation à introduire des acteurs privés lucratifs, notamment des acteurs financiers, dans le financement de l'action sociale et médico-sociale (Alix et al. 2018).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'absorption d'autres associations par l'Abej. Cette décision résulte d'un dilemme qui se résume à grandir ou mourir, et de l'arbitrage pragmatique qui en a résulté :

> Alors attention, c'est quelque chose qu'on a décidé, mais c'est pas… je le dis toujours, c'est pas comme une entreprise où on dit, bah voilà, pour être crédible, il faut accéder à des gros marchés, et du coup, il faut devenir gros, etc. à la fois, c'est… enfin, bien sûr, dans une association ça se présente pas comme ça mais de se dire, qu'est-ce qu'on fait ? On reste avec nos petits moyens, mais c'est pas forcément péjoratif, parce que ça implique aussi une réactivité quand on a des petits moyens, « *bah voilà tu t'occupes de ça, et puis lui il fait ça… avec sa bonne volonté* »… Je crois qu'à un moment, il y a eu des mouvements au niveau de la DDASS, parce que c'était pas encore la DDCS à ce moment-là, pour favoriser les rapprochements entre les associations. Et là on s'est dit, si on reste une petite association, le risque qu'on prend, c'est de se faire avaler par une grosse on voulait garder notre spécificité qui est surtout le militantisme. Quand je dis militantisme, c'est pas au sens syndical… mais quand même de garder cet esprit de l'Abej, qui fait que toujours on va vers ce dont peuvent avoir besoin les gens qu'on accompagne. C'était peut-être aussi avec l'URIOPSS qui nous avait alertés. Je me souviens, une fois, de XX, qui était venu en CA pour nous en parler, et à la suite de ça, on s'est dit : il y a un choix à faire.
>
> Pionnier 4

Au tournant des années 2010, en quelques années, l'Abej absorbe deux petites associations porteuses de centres d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale. Comme le suggère ce pionnier, il faut ici aussi voir dans ce processus une incitation des pouvoirs publics, qui encouragent cette « *course à la taille* » (Noguès 2012) susceptible de permettre une limitation des interlocuteurs, des économies d'échelle et, ici encore, une homogénéisation des pratiques (DiMaggio et Powell 1983; Tchernonog 2012; Tchernonog et al. 2013). De fait, le développement de l'Abej se traduit, tout au long de la décennie 2010, par l'embauche de nombreux travailleurs (tableau 3.3).

Tableau 3.3 : évolution du nombre de travailleurs à l'Abej

Types de contrats	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
CDI	122	124	128	146	191	194	212	215	238
CDD	25	30	50	45	8	28	90	108	116
Autres contrats									
Insertion	115	112	103	108	70	71	120	125	135
Contrats aidés	0	0	0	0	10	12	25	27	22
Stagiaires	nr	nr	nr	nr	33	nr	41	45	41
Service civique	7	12	15	17	16	13	44	15	22
Total	**262**	**266**	**281**	**299**	**279**	**305**	**447**	**475**	**511**

Source : rapports d'activités de l'Abej depuis 2010.

En moins de dix ans, l'Abej double presque son effectif de travailleurs rémunérés ou gratifiés. Le nombre d'employés en CDI a été multiplié par 2, celui des employés en CDD par 4,5, leur nombre augmentant très fortement au cours des dernières années. Au-delà de ces contrats traditionnels, c'est le nombre de contrats atypiques qui est particulièrement

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

remarquable. Ces derniers représentent entre la moitié et le tiers des travailleurs de l'Abej sur la période considérée. Surtout, leur diversité illustre bien l'une des caractéristiques centrales du secteur associatif, à savoir le brouillage des frontières entre bénévolat et salariat (Hély et al. 2011), travail gratuit et travail rémunéré (Simonet 2010, 2018) - brouillage qui s'incarne dans le volontariat associatif dont le service civique constitue l'archétype. Ces éléments suggèrent de fortes inégalités au sein même de l'Abej et du monde associatif et rappellent l'impossibilité d'envisager ce secteur comme un « *monde à part* » (Hély et Moulévrier 2009), dont les logiques différeraient de celles qui prévalent dans l'économie capitaliste : c'est, au contraire, un « *monde du travail* » (Hély 2008a), qu'il convient d'analyser sociologiquement.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 3. L'accueil de jour et le centre de santé. La professionnalisation au prisme de l'inconditionnalité

Si les deux premières sections ont permis de restituer de façon détaillée la professionnalisation de l'Abej qui mène à sa reconnaissance croissante, cette section est l'occasion d'analyser deux des premiers dispositifs de l'association : l'accueil de jour et le centre de santé. L'intérêt de ces dispositifs n'est pas uniquement lié à leur ancienneté et au rôle pivot qu'ils ont joué dans la structuration de l'Abej. En effet, leur particularité est de fournir des prestations de première nécessité en incarnant des portes d'entrée dans le système de prise en charge et en cherchant à réaffilier les personnes qui les fréquentent au système de droit commun. Tous les deux proposent un accueil inconditionnel, donc théoriquement ouvert à tous, bien qu'en réalité il soit réservé aux personnes de plus de 25 ans. Autrement dit, l'inconditionnalité est cantonnée par l'identification préalable de catégories de population identifiées préalablement (Soulié 1997; Gardella 2014b). De fait, ce type de cantonnement est fréquent dans le système de prise en charge. Il est souvent mis en œuvre selon des critères de genre, de composition du ménage, d'âge, de statut administratif, voire de « *problématiques*[107] », critères qui peuvent parfois se recouper. Ce cantonnement tend à distinguer les types de sous-population et leurs problèmes, et induit une adaptation renforcée des pratiques d'accompagnement. On peut pourtant se demander si l'inconditionnalité de l'accueil n'induit pas elle aussi des formes de spécialisation informelle : c'est cette interrogation qui est au cœur de cette troisième section. Le premier point permet de donner une présentation générale du dispositif : on décrit l'organisation spatiale et temporelle des deux dispositifs investis, ainsi que la population qui les fréquente (I). Dans un second temps, on analyse la division du travail social assuré au sein de l'accueil de jour, et ses mutations (II). Finalement, c'est le travail de soins qui est étudié, et sa relation au travail d'accompagnement social mis en œuvre par l'accueil de jour (III).

I. Le 228, une « porte ouverte sur la rue » ?

L'accueil de jour et le centre de santé de l'Abej se situent à proximité du centre-ville lillois, sur l'une des grandes artères de la ville. Le lieu est communément surnommé le « 228 » par les professionnels du secteur en raison de son numéro de voirie. Cette désignation sera utilisée afin de renvoyer au complexe organisationnel et professionnel constitué de l'accueil et

[107] Le terme renvoie ici aux problèmes sociaux ou sanitaires que rencontrent les personnes accompagnées. L'usage de ce terme ne se limite pas à l'accueil de jour et au centre de santé, mais est omniprésent dans le système de prise en charge.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

du centre de santé. Le 228 est un lieu très fortement fréquenté par des populations ayant en commun la précarité de leurs conditions d'existence. Cette fréquentation s'explique par plusieurs raisons. D'abord, le lieu est central tant géographiquement, que symboliquement, du fait de son ancienneté et du rayonnement de l'Abej. Ensuite, il propose diverses prestations et services précieux pour les personnes en situation de précarité : domiciliation, accompagnement social, services d'hygiène (douches, lessive), distribution de boissons chaudes (soupes, café, chocolat chaud), et plus pragmatiquement, un lieu couvert et chauffé où passer la journée. Enfin, les soins prodigués au centre de santé jouent un rôle déterminant dans la fréquentation de l'accueil de jour. Il s'agit de l'un des rares lieux dédiés à la santé des démunis dans Lille et ses environs. Parmi les professionnels du 228, ce qui s'apparente à une devise résume les visées et les caractéristiques du lieu : il s'agit d'une « *porte ouverte sur la rue* », donc d'un espace où chacun peut entrer et sortir comme bon lui semble, pour y prendre un peu de repos, une douche, un café, ou demander de l'aide en entamant des démarches d'accompagnement social. Avant d'étudier le travail qui structure cet accompagnement, on analyse plusieurs facettes centrales du 228, afin d'expliciter les conditions dans lesquelles ce travail est mis en œuvre. Dans un premier temps, c'est l'organisation spatio-temporelle du lieu qui est présentée (1). Puis on décrit la population qui a recours au 228 et ses évolutions, en les envisageant en perspective avec celles mises en lumière à l'échelle nationale par les enquêtes de l'Insee (Brousse et al. 2006 ; Yaouancq et al. 2013) (2).

1. L'organisation spatiotemporelle du « 228 ».

D'avril à octobre, le 228 est ouvert tous les jours ouvrés de 9 heures à 17 heures en dehors du mardi matin, créneau consacré aux réunions d'équipe. Tous les jours, le lieu ferme entre 12h et 13h30 lors de la pause-déjeuner des salariés de l'association. Du 1er novembre au 31 mars inclus, période dite de « veille saisonnière » (encadré 3.1), les horaires d'ouverture sont élargis de 8 heures à 18 heures et aux weekends.

Encadré 3.1 : la veille saisonnière dans le système de prise en charge.

Dans le jargon de la prise en charge des sans-domicile, la « *veille saisonnière* » désigne à la fois une période de vigilance renforcée entre les mois de novembre à mars et l'ensemble des dispositifs mis en œuvre durant cette période. La veille saisonnière hivernale est calquée sur la période dite de « *trêve hivernale* », lors de laquelle les expulsions locatives sont suspendues. Instaurée par la loi Aubry (1998), la trêve hivernale s'étendait alors du 1er novembre au 15 mars. La loi Accès au logement et pour un urbanisme rénové (ALUR, 2014) l'a étendue jusqu'au 31 mars de chaque année.

Plusieurs niveaux, associés au « *Plan grand froid* », existent dans la veille saisonnière et sont déclenchés selon les seuils de températures ressenties. À chaque niveau correspond l'activation de dispositifs spécifiques : l'ouverture de places d'hébergement supplémentaires, l'élargissement des horaires d'ouverture, l'embauche de salariés supplémentaires, voire le réquisitionnement d'établissements publics

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

ou plus rarement privés afin d'assurer l'hébergement des sans-abri. La veille saisonnière a été instituée en 2002, lorsque Dominique Versini était secrétaire d'État chargée de la Lutte contre la précarité et l'exclusion. Néanmoins, elle trouve ses origines dans les Plans pauvreté-précarité mis en œuvre au milieu des années 1980, d'abord uniquement durant l'hiver.

Son existence traduit bien l'idée d'une préoccupation renforcée autour du sort des personnes sans-domicile en période hivernale (Damon 2001, 2002b, 2004; Gardella 2014a, 2014b). De fait, le collectif des Morts de la rue observe une légère surmortalité durant les mois d'hiver ; néanmoins, cette surmortalité est également observable lors des mois d'été (Collectif les Morts de la Rue 2017, 2018). Or de nombreux dispositifs d'accueil connaissent des périodes de fermeture en période estivale. Plus généralement, on peut rappeler que « *bien que les médias concentrent surtout leur attention sur les décès de personnes "SDF" aux grands froids et en période de canicule, liant intuitivement les décès des personnes "SDF" à des facteurs de risque climatiques, les décès de personnes "SDF" surviennent toute l'année* » (Collectif les Morts de la Rue 2017, p. 68). Significativement, il existe une déclinaison estivale de la veille saisonnière incarnée par le « *Plan canicule* » qui fonctionne selon des préoccupations similaires d'exposition aux risques, mais pour les personnes âgées.

Le 228 se déploie sur trois étages, en plus du rez-de-chaussée. À l'entrée du bâtiment se trouve un bureau haut qui marque symboliquement l'accueil du lieu. Celui-ci est placé dans un renfoncement, de sorte que personne n'est contraint de s'y présenter. Au-delà de l'inconditionnalité, l'anonymat peut également être de rigueur à l'accueil de jour, dans la limite du travail des éducateurs cherchant à nouer un lien, à « *accrocher* » les nouvelles personnes ayant recours au dispositif. Deux personnes, parfois trois, se trouvent derrière le bureau afin d'assurer deux tâches principales : en premier lieu, la distribution du courrier. Celle-ci est directement liée à l'agrément de domiciliation de l'accueil de jour. Souvent assurée par les centres communaux d'action sociale (CCAS), la domiciliation est nécessaire afin d'entamer les procédures d'ouverture des droits sociaux et permet de recevoir du courrier sur présentation d'une carte d'identité (Laberge et Roy 2001 ; Loison-Leruste 2016 ; Warin 2016). Elle s'inscrit dans la longue tradition de l'ancrage territorial des pauvres, qui conditionne l'attribution de l'assistance (Renard 1988 ; Castel 1995 ; Wahnich 1996). La seconde tâche assurée par l'accueil est l'inscription, synonyme d'une demande d'accompagnement social au sein de l'accueil de jour et d'un suivi par les travailleurs sociaux. En pratique, l'inscription prend la forme d'un rendez-vous individuel qui se déroule dans une des pièces annexes avec un travailleur social. Plus généralement, ce poste est l'un de ceux où les usagers sont certains de pouvoir trouver un travailleur social à tout moment, susceptible de répondre à leurs questions. Dans le prolongement de l'entrée se trouvent le cœur et le fond de salle. Ces deux espaces ne sont pas séparés mais se différencient par leur aspect : le cœur de salle est relativement étroit, n'a pas d'éclairage naturel direct, et constitue un passage vers le fond de salle, plus large et éclairé par un puit de lumière.

À la limite de ces deux sous-espaces se trouve le bar. Celui-ci sert des boissons non alcoolisées, café, soupes, thé, ou sirop. Il est un lieu d'échanges et de sociabilités, pris d'assaut à l'ouverture du dispositif, et constamment occupé par des usagers : si des fluctuations s'observent dans la fréquentation quotidienne de l'accueil de jour, le bar est, lui, presque

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

toujours saturé de l'ouverture à la fermeture de l'accueil. Ma présence derrière le comptoir m'a été présentée comme une bonne façon de rencontrer des usagers, de discuter avec eux, et d'observer le quotidien de l'accueil de jour. Or, si cette dernière facette s'est révélée plutôt vraie, les deux premières sont plus discutables. Le nombre de personnes au comptoir en attente d'une boisson limite considérablement les possibilités d'échanges, *a fortiori* dans la mesure où une partie de ces demandes sont pressantes et poussent à un service rapide et désincarné et que l'on peut rapprocher, sur ce point, des cadences de travail imposées aux caissières de grande distribution (Benquet 2013). De ce point de vue, les premières journées se sont révélées assez intenses, afin d'apprendre et de prendre le rythme du service. En théorie, deux personnes au minimum, un salarié et un bénévole, s'y trouvent constamment. En pratique, je me suis fréquemment retrouvé seul, surtout après mes premières semaines de présence. Plusieurs professionnels m'ont progressivement confié ne pas aimer « *faire le bar* », à cause du manque d'interactions stables et de la cadence de service imposée : en une trentaine de minutes, plus de 300 boissons peuvent être servies[108]. La distribution des boissons s'est surtout révélée être une forme de sale boulot (Hughes 1962), systématiquement délégué aux bénévoles, stagiaires, ou salariés en apprentissage, la distribution alimentaire étant déconsidérée par rapport au travail d'accompagnement (Le Crom et Retière 2003 ; Prouteau 2003). La présence d'un salarié, ou d'un bénévole expérimenté, doit théoriquement permettre de répondre de manière adéquate à certains comportements déviants au regard de la norme de l'interaction (Becker 1963 ; Goffman 1973) (encadré 3.2).

Encadré 3.2 : notes de terrain – la norme d'interaction au bar.

Mardi 4 novembre 2014, après-midi.

Il est 13h20, l'accueil de jour va ouvrir. Je retrouve Janine (bénévole) au bar et Novak (moniteur-éducateur), qui s'énerve en constatant que le bar n'est pas prêt pour l'ouverture et que le café n'a pas été lancé. En fait, l'Abej n'a pas encore été livrée et il n'y aura pas de café pendant 45 minutes. Il n'y a pas non plus de soupe aux légumes, seulement à la tomate. L'après-midi s'annonce difficile. Novak part acheter du café dans une supérette. En attendant, Janine et moi devrons faire patienter les accueillis.

Dès l'ouverture, le bar est assiégé. Beaucoup veulent du café, et grimacent en entendant la mauvaise nouvelle. Tant bien que mal, nous servons les usagers. Janine est visiblement habituée. Elle est très efficace, et grâce à elle je ne suis pas submergé. Lorsque je l'entends parler avec des usagers, je suis surpris par son ton très sec et très froid, je me sens spontanément en désaccord avec elle. Sans que je lui demande quoi que ce soit, elle m'explique qu'il faut de la « fermeté », sans quoi une bagarre « éclate dans la minute ». Son exigence d'un « bonjour » au début de toute interaction est révélatrice de cette fermeté, tout comme sa distribution des sandwiches : elle adopte un ton très paternaliste, exige des formules de politesse et demande aux accueillis de se calmer avant de les distribuer. Par ailleurs Janine est très sensible à la propreté du bar, qu'elle nettoie régulièrement, et au gaspillage : à un moment, elle annonce qu'elle mettra dehors la personne qui a laissé trainer un chocolat chaud plein sur le comptoir (empêchant par là-même que cette boisson soit bue si elle avait été oubliée…).

[108] Cette quantification est rendue possible par le ravitaillement en gobelets de plastique : un paquet contient 300 gobelets, et entre 30 et 40 minutes se déroulent avant de devoir ouvrir un autre paquet.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le comportement de Janine est révélateur de l'entreprise moralisatrice (Becker 1963), ici portée à l'échelle de l'interaction, vis-à-vis des usagers de l'accueil de jour, dans une visée formelle de socialisation aux formules de politesse. Cette démarche s'accompagne de sanctions symboliques (correction du comportement, obligation de politesse, mise en attente de la demande de l'usager) ou plus rarement matérielles (refus de service). À l'accueil de jour, les bénévoles sont des femmes, catholiques, âgées de plus de 50 ans et d'origine bourgeoise pour au moins trois d'entre elles. Elles présentent le profil typique des bénévoles engagés dans les associations de solidarité et cherchant à se rendre « *utiles* » (Havard Duclos et Nicourd 2005). Leur rôle se cantonne à la distribution de boissons, et on peut penser que les sanctions symboliques adressées aux usagers du bar traduisent une forme de surinvestissement du rôle qui est le leur dans la division du travail, à rebours de la distance au rôle analysée par Goffman (2002).

Une télévision se trouve dans le fond de la salle, placée en hauteur, sur laquelle sont diffusées les chaînes d'information en continu à l'exception des lendemains de matchs de football de compétition européenne, enregistrés par un éducateur qui les retransmet en journée. Des tables, des chaises et des bancs sont à disposition des usagers. Au fond de la salle, se trouvent des pièces en partie privatives. Il y a d'abord les douches, les toilettes et la laverie. Les usagers doivent s'y inscrire pour y avoir accès, mais il arrive aussi que des personnes identifiées par les travailleurs sociaux comme « *clochardisées* » ou « *marginalisées* », soient invitées à se doucher et à se changer. Leur présence et les odeurs liées à leur hygiène occasionnent des remarques désobligeantes et parfois agressives de la part d'autres usagers, rappelant que la neutralisation des odeurs corporelles est une dimension essentielle de l'autocontrainte sur laquelle repose la vie sociale (Elias 1991a, 1991b). Les travailleurs sociaux jouent alors le rôle de médiateur et réaffirment de façon diffuse leur autorité (Memmi, Raveneau, et Taïeb 2016) : si aucune exclusion n'a eu lieu en raison d'une hygiène défectueuse et incommodante, cette solution a été utilisée en menace. On trouve également des « box », c'est à dire des salles d'entretien, où peuvent s'isoler usagers et éducateurs afin de mener à bien un échange sur le suivi social de la personne qui en fait la demande. Celles-ci sont au nombre de quatre et sont utilisées afin d'avoir des échanges en face à face, en retrait de l'agitation des pièces communes. Les parois des box sont néanmoins vitrées, de sorte que l'interaction reste visible.

Le premier étage accueille des bureaux d'une part, le centre de santé d'autre part. Les éducateurs spécialisés (ES) et les moniteurs-éducateurs (ME) occupent un bureau collectif. C'est un espace ouvert, doté de plusieurs postes de travail avec ordinateurs et téléphones, et de casiers individuels. Relativement grand, cet espace peut difficilement accueillir simultanément tous les éducateurs du dispositif, mais il n'a de toute façon pas vocation à le faire, l'essentiel de leur travail se déroulant au rez-de-chaussée. Le bureau collectif sert à la réalisation du travail non-relationnel : liaison avec les partenaires, partage d'informations entre membres de l'équipe,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travail sur ordinateur, travail administratif. Le centre de santé jouxte le bureau des ES, et est lui-même divisé en plusieurs sous-espaces fermés : un espace de consultation pour les médecins ; un lieu de soins pour les infirmières ; enfin deux bureaux qui se font face, l'un pour le cadre de santé référent et l'autre pour la secrétaire médicale. Les quatre assistantes sociales (AS) ont quant à elles des bureaux doubles. Contrairement aux éducateurs, elles assurent tous leurs rendez-vous à l'étage, à l'écart du bruit et de l'agitation du rez-de-chaussée. Au deuxième étage se trouvent les bureaux de la direction : celui du directeur du pôle « accueil[109] », celui du chef de service de l'accueil de jour, et celui du secrétariat de direction. Le troisième étage est l'espace le moins utilisé. On y trouve une salle de pause et de déjeuner, mais surtout une salle de réunion, assez grande pour accueillir la quasi-totalité des salariés et stagiaires travaillant au sein des dispositifs de l'accueil. C'est également l'endroit où la majorité des entretiens ont été réalisés, du fait de la tranquillité et du calme garantis par cette salle.

Plus on monte les étages et moins on a de chances de rencontrer les usagers du dispositif. Deux portes donnent accès aux étages, mais l'une d'elles est fermée à clé, tandis que l'autre se situe juste derrière le bar, et se trouve de fait sous la surveillance informelle mais constante des personnes qui servent les boissons. Pour monter à l'étage, les usagers doivent donc avoir un rendez-vous et être accompagnés par un professionnel, travailleur social ou infirmière. Sauf situation exceptionnelle, les usagers ne se rendent pas non plus au deuxième étage. Lorsque c'est le cas, il s'agit le plus souvent d'une convocation relativement formelle, qui vise à notifier un usager d'une sanction. Enfin, les usagers ne se rendent jamais au troisième étage, peu fréquenté par les professionnels eux-mêmes en dehors des temps de pause et de réunion. Cette inégale répartition des personnes accueillies traduit en réalité une organisation du travail de prise en charge que l'on retrouve dans de nombreuses administrations, mais aussi dispositifs de relation de services (Dubois 1999 ; Siblot 2006 ; De Pauw 2012) : on peut ainsi distinguer un espace ouvert, en première ligne, fréquemment saturé et au sein duquel des interactions entre accueillis et accueillants ont souvent lieu sur un ton informel ; d'espaces fermés et privatifs, en coulisses, qui permettent de mettre en œuvre un accompagnement individualisé ou de se reposer à l'écart du tumulte du rez-de-chaussée.

2. Les usagers du 228

Préalablement à l'analyse du travail, on peut s'interroger sur le profil des personnes qui fréquentent le 228 et sur les effets de l'inconditionnalité sur cette fréquentation. Les rapports d'activité de l'Abej donnent une idée de la démographie du 228 (tableau 3.4).

[109] Le pôle accueil regroupe plusieurs dispositifs en plus de l'accueil de jour : une halte de nuit et le « Point de Repère » qui est un accueil réservé au moins de 25 ans.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tableau 3.4 : les personnes qui fréquentent le 228 (2011-2018).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personnes accueillies	3 449	4 090	4 487	4 796	4 952	5 269	4 456	2 073
Accueil de jour								
Nouveaux	1 051 (30,5 %)	1 303 (31,9 %)	1 154 (25,7 %)	?	1 262 (25,5 %)	1 184 (22,5 %)	1 084 (24,3 %)	918 (44,3 %)
Femmes	169 (4,8 %)	258 (6,3 %)	271 (6 %)	271 (5,7 %)	314 (6,3 %)	304 (5,8 %)	313 (7 %)	174 (8,4 %)
Étrangers	1 311 (38 %)	2 168 (53 %)	2 154 (48 %)	2 302 (48 %)	2 741 (55,4 %)	2 946 (55,9 %)	2 732 (61,3 %)	1 337 (64,5 %)
Centre de santé								
File active	1 235	1 888	1 461	1 426	1 335	1 397	1 639	1 639
Passages	5 013	5 557	6 248	5 451	6 030	8 811	8 481	7 287

Source : rapports d'activités de l'Abej de 2011 à 2018.

Le 228 est un espace bondé. Il a connu une hausse continue et rapide de sa fréquentation entre 2011 et 2016 (+ 1 820 personnes, soit une hausse de 53 %). À partir de 2017, la fréquentation diminue très fortement : entre 2016 et 2018, 3 186 personnes en moins s'y sont inscrites, soit une baisse de 60,7 %. Significativement, le nombre de passages au centre de santé – c'est-à-dire de consultations médicales ou infirmières – diminue beaucoup moins fortement, avec 1 524 passages en moins, soit une baisse de 17,3 %. Toutefois, ces deux baisses ne sont pas directement comparables puisqu'une personne inscrite à l'accueil de jour n'est décomptée qu'une seule fois, alors qu'une même personne peut avoir recours au centre de santé à plusieurs reprises dans l'année. En revanche, on peut remarquer que la file active du centre de santé – qui décompte le nombre de personnes qui y ont eu recours au moins une fois dans l'année – n'est pas affectée par cette baisse. De fait, le centre de santé constitue une ressource essentielle de soins primaires pour des personnes qui y sont habituées. Ce constat est également opéré par les professionnels du 228 et fréquemment envisagé comme un problème, dans la mesure où il a théoriquement vocation à assurer le rôle de filet de sécurité et à réaffilier les patients qui y ont recours au droit commun. Si le nombre de nouvelles personnes diminue en 2018, leur part relative parmi les usagers de l'accueil augmente, elle considérablement.

Dans le rapport d'activités 2018, la forte baisse de fréquentation de l'accueil de jour est directement liée à la fin du service de domiciliation. Il n'est pas clair si cet arrêt résulte d'un choix de l'association ou si la décision émane des pouvoirs publics. En revanche, il est certain que la fin de ce service explique la baisse de fréquentation du dispositif : au moment de l'enquête et alors que la domiciliation est toujours en vigueur, la distribution du courrier n'a lieu que l'après-midi mais occasionne quotidiennement une obstruction de l'entrée. Les observations menées à ce poste de travail suggèrent d'ailleurs une relative diversité des

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

populations qui fréquentent l'accueil de jour : étudiants, ménages et travailleurs précaires, retraités… Leur présence rappelle les liens ténus entre les sans-domicile et le « précariat », constitué des franges les plus fragiles des classes populaires marquées par une incertitude sur leurs conditions d'existence (Castel 2009). Néanmoins, contrairement aux usagers les plus désaffiliés, une partie importante des personnes qui ont recours au service de domiciliation ne s'attardent pas au 228. La distribution du courrier à proximité de la porte d'entrée leur permet de limiter leur présence dans le lieu, et rares sont ceux qui fréquentent durablement le lieu pour y boire un café ou entamer un accompagnement social, probablement rétifs à l'idée d'être assimilés à la population des habitués du dispositif ou moins concernés par ce type de service. On peut par ailleurs constater le renouvellement constant de la population de l'accueil jour, qui compte chaque année entre 900 et 1 300 nouveaux inscrits, rappelant la dimension structurelle des mécanismes à l'origine des situations de pauvreté-précarité.

La seconde remarque que l'on peut faire sur la démographie de l'accueil de jour porte sur l'origine géographique des personnes qui le fréquentent. Parmi les usagers, la part de personnes d'origine étrangère, déjà importante en 2011 (38 %) a presque constamment augmenté, pour atteindre 64,5 % en 2018. Ces éléments vont dans le sens des études de l'Insee, qui soulignent la très forte hausse du nombre de sans-domicile non francophones (+207 % entre 2001 et 2012), ou francophones nés à l'étranger (+67 %). À l'accueil de jour, une part importante des personnes étrangères sont originaires de pays arabes et notamment du Maghreb, essentiellement l'Algérie et le Maroc ; de différents pays d'Afrique subsaharienne (Mali, Togo, Sénégal, Côte d'Ivoire, Congo) ; et d'autres, moins nombreux, des pays d'Europe de l'Est (Roumanie, Hongrie) jusqu'à la Russie. Cette diversité occasionne parfois des tensions, voire des remarques ouvertement racistes, notamment de la part des plus anciens usagers de l'accueil de jour qui tendent à souligner les différences qui se font jour entre sans-domicile français et étrangers plutôt que leur commune situation de précarité (Elias et Scotson 1997 ; Schwartz 1990, 2011). Cette distinction ne leur est pas propre : elle est au contraire instituée à travers les prises en charge différentielles dont font l'objet les personnes migrantes et les personnes sans-domicile. Les premières relèvent du Budget opérationnel de programme[110] (BOP) 303, les secondes du BOP 177, dessinant deux systèmes institutionnels et professionnels formellement distinct, mais en réalité étroitement liés et en partie poreux. Au 228, dans la mesure où l'inconditionnalité de l'accueil prévaut, il n'y a pas de distinction selon le critère du statut administratif (encadré 3.3) – comme c'est davantage le cas dans les dispositifs d'hébergement par exemple (voir chapitre 6).

[110] Les BOP sont l'un des outils créés par la Révision générale des politiques publiques à la fin des années 2000. Un BOP « *regroupe la part des crédits d'un programme mise à la disposition d'un responsable identifié pour un périmètre d'activité (une partie des actions du programme par exemple) ou pour un territoire (une région, un département...), en théorie de manière à rapprocher la gestion des crédits du terrain* » (Bezès et Lidec 2010, p. 924).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 3.3 : notes de terrain, accueil de jour.

26 novembre 2014, matinée/

[…] Alors que je commence à fatiguer du service au bar, Dalila (éducatrice spécialisée) me propose de venir avec elle pour assister à des entretiens. Elle m'explique qu'il s'agit de deux demandes de domiciliation pour des personnes inscrites depuis peu.

Le premier, Damien L. affiche un air sceptique. Il n'a pas l'air de vouloir être là mais c'est bien de sa domiciliation dont il est question. Dalila lui parle très lentement, lui explique la procédure. L'homme parait perdu, ou désintéressé. Dalila répète lentement ; l'homme est pourtant français, mais semble désorienté. Une incompréhension réciproque se fait jour, et la discussion se termine après que l'homme a signé sa demande de domiciliation, avec une forte insistance de Dalila pour qu'il ait recours à un service médical, et notamment à la psychologue qui assure des permanences.

La seconde personne est Bachar M. Il est algérien, titulaire d'une carte de séjour illimité en Italie. Il parle mal français et ne comprend pas tout ce que dit Dalila. Celle-ci écourte d'ailleurs l'explication : elle ne dit pas qu'il est possible de faire une procuration pour le courrier notamment, et lui fait signer sa domiciliation à la va-vite.

[…]

19 novembre 2011, matinée.

Thierry (éducateur spécialisé) m'invite à venir avec lui pour assister aux entretiens qu'il doit réaliser avec plusieurs suivis. […]

La première personne est Yann B. : il a 25 ans, et s'est retrouvé récemment sans logement ni emploi. Il a touché du chômage pendant un moment, mais n'a plus rien désormais. Il explique s'être fait voler ses papiers et avoir fait une déclaration au commissariat. Thierry lui demande la raison pour laquelle il est venu à l'accueil de jour : l'homme répond qu'il souhaite avoir une domiciliation pour mettre en place des démarches et toucher le RSA. Il se décrit comme « *démerdard* » et explique réussir à être hébergé *« à droite à gauche* ». Père d'un enfant, il a encore des liens avec sa famille qui vit dans le sud.

Un couple entre ensuite, Manon S. et Sylvain : tous les deux sont des « *stars* » de l'accueil de jour, que je commence à connaitre. Thierry sourit en les voyant entrer. Ils hurlent sans s'arrêter pendant tout l'entretien, se coupent la parole, ainsi qu'à Thierry, qui ne réagit pas dans un premier temps. Je ne comprends pas le but du rendez-vous. Manon semble dire qu'elle veut tomber enceinte, ce qui enchante Sylvain. Thierry parait sceptique : il m'expliquera après qu'il pense que Manon a un effet nocif sur Sylvain. Ils sont très fiers de montrer à Thierry qu'ils ont obtenu leur numéro unique, ce qui signifie qu'ils peuvent obtenir un logement social. La discussion se termine progressivement, sans que quoi que ce soit ait été décidé.

La troisième personne est Khaled T. : l'homme a 38 ans, nous ne comprenons pas d'où il est originaire avant qu'il sorte un passeport libyen. Il souhaite obtenir l'asile, et doit pour cela engager plusieurs procédures, dont une domiciliation. Thierry lui fait pourtant d'abord remplir une demande d'inscription au Service intégré d'accueil et d'orientation, qui gère la régulation du dispositif d'hébergement des sans-domicile [voir chapitre 6]. L'homme ne comprend pas, mais finit par s'exécuter. Thierry m'explique néanmoins qu'en tant que « *sans-papier* », il y a peu de chances qu'il obtienne une place. Puis Thierry lui donne rendez-vous le lendemain pour faire sa demande d'asile. Il ne comprend pas : il croit que cette demande vient d'être réalisée, alors que c'est une demande d'hébergement. Après plusieurs minutes d'explication, il accepte finalement de revenir le lendemain.

La langue peut représenter un obstacle à la prise en charge des personnes étrangères. On compte parmi les professionnels de l'accueil de jour des personnes qui parlent arabe, roumain, russe, swahili, ainsi que d'autres dialectes couramment parlés en Afrique subsaharienne. Ces compétences linguistiques sont précieuses, mais pas toujours suffisantes. D'autant que d'autres difficultés, liées notamment à l'état de santé somatique ou mentale des personnes accueillies ou

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

aux démarches engagées avec d'autres dispositifs, sont susceptibles de complexifier les modalités de l'accompagnement.

Le troisième élément qui ressort du tableau 3.4 fait écho à un constat qui saute aux yeux dans l'accueil de jour : l'immense majorité des personnes présentes sont des hommes. Seules quelques femmes se rendent de manière régulière à l'accueil de jour, d'autres de façon plus ponctuelle, mais leur présence reste très minoritaire. Si la part qu'elles représentent parmi les usagers de l'accueil a presque doublé entre 2011 et 2018, leur nombre reste le même (de 4,8 à 8,4 %, mais de 169 à 174 personnes). En rapportant cette proportion au nombre de personnes vivant dans la rue en 2012 selon l'Insee – 30 700 sur 82 200 sans-domicile adultes dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants, soit 37,3 % (Yaouancq et al. 2013) –, on constate une très forte sous-représentation des femmes sans-domicile à l'accueil de jour. On peut avancer deux éléments pour expliquer cette faible présence, tous deux liés à l'inconditionnalité de l'accueil. D'abord, l'existence d'accueils de jour dédiés aux femmes et aux familles justifie qu'elles aient recours à ces services plutôt qu'à l'accueil de l'Abej. Les difficultés que rencontrent les femmes sans-domicile à « *prendre place* » (Maurin 2015) dans un univers qui reste très masculin justifie la non-mixité des dispositifs, susceptibles de devenir des refuges (Marcillat et Maurin 2018), même si certains travaux ont montré que les dispositifs d'accueil et d'hébergement réservés aux femmes, tout en ayant l'ambition de protéger des personnes doublement ou triplement dominées du fait de leur position sociale, de leur sexe, voire de leur origine, tendent à reproduire les représentations et les attentes sexuées (Amistani 2001 ; Maurin 2017b). La seconde explication découle de la première : comme pour toute forme d'expérience minoritaire, la présence massive des hommes à l'accueil de jour représente un obstacle à sa fréquentation par les femmes (Chassain et al. 2016). La violence des univers de la rue est d'autant plus forte envers les femmes sans-domicile, nettement plus exposées aux vols, aux agressions et aux viols (Lanzarini 2003 ; Maurin 2017a ; Loison-Leruste et Perrier 2019). Lorsque des femmes sont présentes dans l'accueil de jour, elles sont le plus souvent accompagnées d'un homme (leur compagnon ou, dans le cas de familles élargies, leur frère) ou de leurs enfants[111]. De fait, le 228 n'est pas la rue et les violences y sont nettement moins fréquentes. Elles existent néanmoins de façon diffuse :

> **Comment tu vis le fait d'être une femme ici ?**
>
> C'est déroutant. Moi je suis arrivée ici j'avais 19 ans. C'est déroutant le regard que les hommes peuvent porter, surtout quand tu mets une robe… bon après on apprend à contourner, à vivre avec, mais on se fait draguer. Des fois c'est le regard qui est un peu compliqué. Apparemment, notamment quand t'es enceinte. Apparemment c'est compliqué. On se sent quand même plus vulnérable.
>
> Marion, assistante sociale à l'accueil de jour, 22 ans

[111] Dans le cadre d'une enquête précédente, les femmes sans-abri interrogées avaient souligné les abus dont elles avaient été victimes et le sentiment d'être une proie. Deux d'entre elles avaient en outre expliqué avoir choisi de se mettre en couple et d'acquérir des chiens dans le but de se protéger (Schlegel 2013).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Est-ce que tu as déjà connu des situations de violence avec les usagers ?

Peu. J'ai eu deux soucis quand je suis arrivé. Un monsieur, qui m'a menacé. Je sais pas trop si c'était… j'ai eu très peur, mais c'était le début aussi. […] Et puis un autre monsieur qui, je pense, m'aurait rien fait, mais pareil, c'était ma deuxième semaine… et qui se levait comme ça de sa chaise, comme s'il allait bondir sur moi. Après, ce qui a été compliqué, c'est quand j'étais enceinte, ma grossesse au travail a été compliquée. Beaucoup de gens ont fait des transferts, certaines personnes me disaient beaucoup : « *mais de toute façon, vous vous en avez rien à faire de nous, là vous allez être tranquille chez vous avec votre bébé, vous allez nous laisser dans notre situation* ». Je l'ai entendu beaucoup. Les gens qui vont pas bien dans leur tête et qui disent « *moi je suis connecté à votre bébé, je sais ce qu'il ressent* », ça c'est un peu bizarre… parce que c'est du domaine privé, mais qui du coup se voit, et du coup semble être du domaine public. Ça c'est compliqué. Et puis à cette époque là, il y avait un monsieur soudanais, que j'avais accompagné jusqu'à l'emploi, en fait il a pété un plomb là-bas, je crois qu'il avait décompensé. Et à partir de ce moment-là, il parlait français anglais arabe, tout était mélangé dans une seule et même phrase, c'était très compliqué à le comprendre. Et le dernier jour où je travaillais, il a bondi dans l'accueil, droit vers moi, et heureusement que Tom [un moniteur-éducateur] s'est mis devant moi, je sais pas ce qu'il m'aurait fait. Je me suis dit qu'il était temps que je parte, pour revenir après juste moi.

Sylvie, assistante sociale à l'accueil de jour, 30 ans

Ces deux professionnelles suggèrent une forme d'habitude à prendre quant à l'exposition du corps des femmes dans un univers tel que l'accueil de jour, marqué par sa masculinité. Malgré cette habitude, l'exposition reste la même et est d'autant plus conscientisée en période de grossesse. Si les femmes apparaissent davantage exposées à la violence et peuvent se sentir plus vulnérables, a *fortiori* en période de grossesse, les hommes y sont aussi exposés, principalement dans des situations d'entretien en face à face :

Vous m'avez dit que votre première consultation s'est très mal passée…

[M'interrompt] Elle s'est pas mal passé, mais… je m'attendais pas à ça quoi. C'était un peu violent disons.

Vous pouvez me raconter ?

(inspire longuement). Bah j'ai dû… c'était un monsieur… un schizophrène avec un aspect paranoïaque, si je me souviens bien… et donc j'ai dû poser une question qui… malencontreuse, et quand tu poses une question comme ça et qu'ils sont dans leur délire… donc il m'a craché dessus. Et puis il a voulu me taper, et puis l'infirmière est arrivée. Elle l'a exfiltré (rires). Bon, et c'est tout, mais… sur le coup, ça surprend un peu quoi !

Et ça ne vous a pas rebuté ?

Bah… si ça s'était reproduit… Après heureusement ça s'est plus… j'ai eu un truc ou deux un peu agressifs, mais ça s'est plus… et d'ailleurs je regarde avant, sur l'ordinateur, les gens que je vois, je regarde leur dossier, je fais attention quoi.

Antoine Vanhaert, médecin bénévole, 71 ans

Si ce médecin rattache cet évènement au profil du patient et à une mauvaise lecture de l'interaction de sa part, il convient de préciser qu'il n'est pas novice en matière de soins aux personnes sans-domicile au moment où cet incident a lieu : il soigne bénévolement dans un autre centre de santé depuis sa retraite quelques années plus tôt et explique avoir vécu une situation très similaire quarante ans plus tôt, lors de son internat dans un service psychiatrique.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Afin de prévenir les risques associés à ce type de situation, l'ensemble des professionnels possède un petit équipement technique qui permet de signaler directement à un agent de sécurité les situations de violence, ou simplement de malaise, lors des entretiens en face à face. De manière générale néanmoins, les salariés les plus anciens ont plutôt témoigné d'une pacification de l'accueil de jour :

> Tout au début, y'avait beaucoup de violence. On n'a pas toujours eu un agent de sécurité par exemple, maintenant ici y'en a un. Fallait voir le carnage parfois. Parfois quand y'avait un fou furieux, si il y avait pas un collègue qui était capable de l'arrêter, ça pouvait être… parfois c'était folklo quoi. [….] Mais je pense aussi que les gens ont moins peur maintenant. Dans les équipes, y'a plus de gens qui sont capables de faire le coup dur qu'avant. Moi je peux vous dire, j'ai du recul, je connais les gens, je sais…
>
> Pascal Sardec, encadrant à l'accueil de jour, 60 ans

> J'ai pas la nostalgie, comme peuvent en avoir beaucoup, du petit lieu, etc. Parce qu'au début, c'était… c'était chaud quoi. La violence, le côté agression, c'était souvent.
>
> Jean-Luc, encadrant à l'accueil de jour, 56 ans

Si l'on peut rapporter ces évolutions à la démographie des usagers du 228, il convient également de garder en tête les effets propres sur la professionnalisation de l'accueil. Alors que celui-ci est d'abord assuré par une majorité de bénévoles, ces derniers sont presque absents du 228 aujourd'hui et assurent, en dehors des professionnels de santé, des tâches subsidiaires. Les évolutions de l'organisation du dispositif contribuent nettement à la pacification des relations à l'accueil de jour :

> Elle existe encore la violence, mais le fait qu'on soit plus nombreux, plus professionnels, qu'il y ait des agents de sécurité, c'est vrai que c'est… ça joue quand même dans le sentiment de sécurité. Avant on pouvait se sentir seuls.
>
> Jean-Luc, encadrant, 56 ans

Plus nombreux et mieux formés, les salariés de l'accueil de jour sont davantage disposés à gérer et surtout à anticiper les situations de conflits. En dehors de quelques échauffourées et de menaces verbales, celles-ci ont été assez rares au cours de l'enquête et ce alors même que la saturation du lieu, combinée à l'épuisement des usagers, aurait pu être propice aux tensions.

II. L'accompagnement social inconditionnel et ses tensions à l'accueil de jour

Quelles sont les modalités et les formes que prend l'accompagnement social au sein de l'accueil de jour de l'Abej ? Contrairement à d'autres dispositifs plus nettement inscrits dans des objectifs d'insertion, le dispositif est inconditionnel et n'opère donc pas de sélection autre que sur le critère de l'âge des accueillis. Comme on l'a vu, cette inconditionnalité n'est pas

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

synonyme d'homogénéité des catégories de populations présentes au 228, puisque la nette surreprésentation des hommes, d'une part, et des personnes d'origine étrangère, d'autre part, a été mise en lumière. Le profil des personnes présentes au quotidien influe sur l'accompagnement mis en œuvre. Mais l'organisation du dispositif, les principes qui le structurent et sa place dans le système plus général de prise en charge des sans-domicile déterminent également les formes qu'y prend le travail social. Après avoir étudié la tension qui se fait jour au 228 entre la saturation du dispositif et les formes d'inertie qui ont pu y être observées (1), on analyse la division du travail d'accompagnement et ses mutations (2).

1. Le rez-de-chaussée, entre saturation et inertie

Encadré 3.4 : notes de terrain, premier passage à l'accueil de jour.

23 juillet 2014, après-midi.

Il est à peu près 14h30 quand j'arrive aux portes de l'accueil de jour. Quelques personnes se trouvent devant l'entrée et discutent en fumant des cigarettes. Visiblement, ce sont des usagers de l'accueil : ils ont l'air fatigués, certains ont des vêtements usés. Ils rigolent néanmoins. Je me décide à entrer. L'activité du lieu me frappe : la première pièce n'est pas très grande, mais de nombreuses personnes s'y trouvent. Il y a un fond sonore continu, avec quelques haussements de voix. Beaucoup de gens sont en mouvement. Je continue à observer, avançant doucement dans le lieu. J'hésite à interagir : avec qui et pour dire quoi ?

Finalement un homme, visiblement un usager, vient me voir et me demande si je suis éduc. Je réponds que non, puis il me demande si je suis « *en galère* ». Nouvelle réponse négative, il me demande ce que je fais ici mais avant que je réponde, dit quelque chose à propos des femmes que je ne comprends pas. Il me demande une cigarette, puis une pièce. Je m'apprête à lui donner, mais il me fait signe de sortir. Je crois comprendre que ce n'est pas autorisé dans l'accueil. Nous sortons, il me prend dans ses bras quand je lui donne une pièce de deux euros, et part immédiatement. Déstabilisé, j'attends un peu puis rentre de nouveau.

Cette fois, je me dirige directement vers une jeune femme. Je lui dis vouloir faire des observations dans l'accueil : « *le chef de service est en congé, il revient lundi, il faudra voir avec lui, moi je suis stagiaire !* ». J'acquiesce, elle est déjà passée à autre chose. Je sors, je consigne mes notes. Puis je reviens : cette fois, un homme m'accueille et me demande ce que je fais là. Nouvelle explication, il me conseille d'appeler et de me présenter lundi, et me donne le numéro du chef de service. Je n'ai pas pu accéder au fond de la salle, où il semblait y avoir un peu moins de monde, mais je suis satisfait.

Lors de ma première visite à l'accueil de jour (encadré 3.4), je suis immédiatement frappé par l'effervescence du lieu. J'en ai entendu parler très négativement dans le cadre d'une précédente étude auprès de sans-abri lillois refusant de fréquenter le dispositif (Schlegel 2013) et je perçois le sentiment de promiscuité qu'ils ont décrit. Dans leur cas néanmoins, le refus de fréquentation est lié à la volonté de ne pas être assimilé aux personnes qui y ont recours, par peur d'un effet de contagion du stigmate associé à l'assistance (Goffman 1963 ; Bresson 1994 ; Pichon 1996). J'ai pourtant la sensation qu'avec un habillement différent et en faisant preuve de discrétion, il est possible de se fondre dans la masse. Ma première impression de l'accueil

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

de jour est celle d'un dispositif désorganisé, peu contraignant pour les personnes qui y ont recours, et très fréquenté. Les observations que j'ai menées ultérieurement m'amènent à nuancer ce constat, tout en expliquant ces impressions.

Au rez-de-chaussée du 228, entre 40 et 50 personnes sont présentes de façon plus ou moins continue chaque jour. Avant chaque ouverture, une quinzaine de personnes, parfois davantage, se trouvent devant la porte d'entrée. Durant les mois les plus froids ou en cas de pluie – situation relativement commune à Lille – cette fréquentation peut facilement doubler. En période de veille saisonnière, des salariés sont d'ailleurs embauchés afin d'assurer des renforts éducatifs. Le lieu est aussi moins fréquenté en début qu'en fin de mois : les travailleurs sociaux rapportent cette variation à la « Sainte Touche », qui désigne le moment du versement d'allocations d'aide sociale ou plus largement de ressources mensualisées par différentes institutions (minima sociaux, indemnités de chômage, pensions de retraite…). La relative solvabilité des accueillis durant cette courte période expliquerait un moindre recours aux dispositifs d'action sociale : selon les travailleurs sociaux, les usagers en profitent pour dormir quelques nuits à l'hôtel, ou dépenser leurs ressources en psychotropes, ou autre. Le versement des allocations sociales (revenu de solidarité active dans la grande majorité des cas) permet à des sans-abri usagers de drogues de « *se faire un petit plaisir* », en achetant de la cocaïne (entre 60 et 80 euros par gramme au moment de l'enquête en 2012), plutôt que de l'héroïne (entre 10 et 15 euros par grammes en 2012), consommée, elle, quotidiennement avec les revenus de la manche (Schlegel 2013). Ce constat fait écho aux travaux réalisés auprès de ménages des classes populaires, qui mettent en lumière leur forte dépendance aux fluctuations économiques structurelles et conjoncturelles et les stratégies d'adaptation qui en résultent (Laé et Murard 1985 ; Blavier 2018). Dans le cas des ménages les plus précaires, les allocations d'aide sociale permettent de « *joindre les deux bouts* », notamment pour les familles ayant la responsabilité d'un ou plusieurs enfants (Le Méner 2016), ou de s'accorder un bien ou un service qui sorte d'un quotidien défini par le manque de ressources, en dépit de diverses formes de débrouille.

Ainsi, des recherches ont mis en lumière les multiples facettes du *hustling*, qui désigne l'ensemble des stratégies, plus ou moins licites, mises en œuvre par les sans-abri afin de s'assurer quelques ressources : petits boulots payés au noir dans les secteurs de la vente ou de la construction de bâtiment (Bourgois et Schonberg 2009), recyclage et revente de matériaux (Gowan 2001, 2010), vente de journaux ou de livres récupérés dans la rue (Duneier, Carter, et Hasan 2001), etc. Ces stratégies s'inscrivent dans une économie de subsistance elle-même faite d'expédients (Hopper, Susser, et Conover 1985 ; Joseph 2005), dans laquelle les aides sociales jouent, au moins dans le contexte français, un rôle de filet de sécurité qui permet une amélioration éphémère du quotidien. Durant ces quelques jours en début de mois, l'accueil de jour devient très calme, et moins fréquenté. On retrouve alors les personnes les plus habituées au lieu, souvent des personnes hébergées au sein de CHRS et venant là pour se mettre à l'abri,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

voir du monde, se reposer. C'est l'un des paradoxes structurants du dispositif : en dépit de sa fréquentation élevée qui touche à la saturation, et en dépit du mouvement et du bruit perpétuels au sein de l'accueil, un grand nombre de personnes présentes semblent dans l'attente. Celle-ci n'implique pas automatiquement une posture passive : les usagers font des mots croisés, regardent la télé, lisent les journaux, parfois jouent aux cartes ou discutent. D'autres ne font rien en particulier, sont immobiles, se reposent, les yeux fermés ou dans le vide. Un petit nombre cherche à dormir, la tête entre les bras posés sur la table. En dépit du mouvement perpétuel apparent qui saute aux yeux à première vue, l'observation sur le temps long donne à avoir cette attente, qui s'apparente presque à une forme d'inertie (encadré 3.5).

Encadré 3.5 : notes de terrain, accueil de jour.

Mercredi 26 novembre 2014.

La matinée est calme, je prends 10 minutes de pause hors du bar pour noter mes observations. En chemin, j'entends une stagiaire, visiblement fatiguée, expliquer sèchement à un accueilli que ses blagues ne la font pas rire. Amélia, une autre stagiaire, sollicite un usager, qu'elle décrit comme exceptionnellement calme et sobre, pour faire un entretien […].

Étant donné le peu de monde présent et le calme qui règne, je suis frappé de constater qu'une fois de plus, usagers et accueillants laissent passer le temps et semble attendre que quelque chose se passe (surtout les seconds). Les personnes présentes sont à 95 % des hommes. Plus de la moitié regardent la rediffusion du match de la veille. Une autre moitié vaque à diverses occupations : mots croisés, lecture, discussions, repos, sieste, bar. Quelques-uns semblent vraiment ne faire « qu'attendre » que le temps passe, ou qu'un travailleur social vienne les solliciter, les prévenir que la douche est libre ou que le médecin les attend. Il y a assez peu d'interactions entre accueillants et accueillis, et aucun des box ne sera utilisé de la matinée. Chacun tend à discuter avec les usagers qu'il ou elle connait déjà : de fait, je me rends compte que c'est également mon cas. […]

Je retrouve Amélia, stagiaire, un peu plus tard au poste d'accueil. Elle est énervée contre l'une des personnes qu'elle accompagne, Roland, qui n'accepte de parler qu'avec les professionnels et critique tous les accueillis. Il tient des propos racistes vis-à-vis des Roms, mais aussi de Thierry, qu'il n'aime pas « *parce qu'il est noir* » [Thierry est originaire du Congo]. De façon volontairement naïve, j'exprime ma surprise à propos de la situation « *d'attente* » du matin. Amélia me dit qu'elle aussi est sceptique, mais en partie impuissante : il est difficile de faire autrement. L'accueil de jour est fondé sur la « *libre-adhésion* » : c'est aux usagers de demander et d'entamer une démarche s'accompagnement. Par conséquent, il n'y a pas toujours de demandes et les travailleurs sociaux ne peuvent pas – ou ne veulent pas – forcer les accueillis à entamer des démarches. Amélia reconnait néanmoins que c'est « *problématique* » et que le cadre n'est pas toujours propice à un « *accompagnement de qualité* ». Elle explique que la communication n'est pas toujours aisée avec certains usagers qui *« tournent en rond »*, se contredisent, évitent les questions, ou ne sont pas en état d'échanger.

Les professionnels paraissent relativement démunis face à cette inertie, d'autant qu'ils ont, contrairement aux usagers du lieu, de quoi s'occuper. Pour y remédier, l'association a réfléchi à créer un nouveau dispositif envisagé comme un espace de sociabilités destiné à des personnes dont l'accompagnement est stabilisé et qui permettrait de soulager la saturation de l'accueil de jour. Les situations d'attente, si elles ne sont pas permanentes, sont assez communes. Elles se cachent derrière le fourmillement apparent, de sorte qu'elles ne sont pas perceptibles au premier coup d'œil. Le cadre de travail n'est pas particulièrement adapté à un

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

accompagnement individualisé soutenu. Il faut d'abord gérer le collectif, les demandes immédiates, tandis que les relations individuelles sont reléguées au second plan. Dans le cas d'un dispositif tel que l'accueil de jour, l'inconditionnalité est synonyme de « *libre-adhésion* » : peu de contraintes et de contreparties sont imposées aux personnes accueillies, qui peuvent décider d'elles-mêmes si elles souhaitent s'engager dans un parcours d'accompagnement. Un tel principe implique pourtant que les usagers aient une bonne connaissance des services existants, et des modalités de l'accompagnement. Or cela n'a rien d'évident : la non-connaissance est l'une des facettes du non-recours aux droits (Warin 2013), et les personnes sans-abri les plus éloignées du système de prise en charge n'ont pas une connaissance précise d'un système dont la complexité a déjà été soulignée (Damon 2002a). À l'inverse, on peut aussi penser que les sans-domicile les plus familiers du système de prise en charge cherchent un répit dans les injonctions qui leur sont faites à se réinsérer :

> Nous, si une personne veut venir pour s'asseoir ou s'allonger sur un banc, s'il y a de la place pour s'allonger et rien à dire à personne, on la laisse complètement libre. Et ça, j'adhère complètement parce que… qu'on foute la paix aux gens quoi : ils ont besoin de se reposer. Après, si c'est tous les jours comme ça pendant un mois, il faut peut-être se questionner et approcher la personne et comprendre pourquoi elle parle à personne ou elle demande rien. Mais je comprends les gens qui sont fatigués, qui ont envie de ne rien demander du tout, qui ont vu X et Y administrations, et qui en ont, soit un ras-le-bol, soit qui sont fatigués.
>
> Lise, éducatrice spécialisée à l'accueil de jour, 37 ans

L'accueil de jour, à rebours d'autres institutions et dispositifs d'aide et d'action sociale, met en suspens plus ou moins long les injonctions à se raconter et à se projeter qui sont au cœur des visées d'accompagnement et de réinsertion (Astier 1997, 2007 ; Astier et Duvoux 2006). Selon cette éducatrice spécialisée, le dispositif doit incarner un lieu de repos et de répit pour des personnes qui peuvent rarement se l'autoriser dans la rue. En réalité, ce constat se heurte aux visées du travail social, fondé sur une démarche d'aide proactive, à partir d'une demande des personnes engagées dans la relation d'accompagnement. Par conséquent, il doit faire l'objet d'un apprentissage et d'un ajustement dans la mesure où les travailleurs sociaux apprennent plutôt à travailler à partir de demandes, de besoins identifiés, personnalisés mais aussi standardisés. Le témoignage suivant est à ce titre révélateur :

> J'ai eu tendance à être trop pressée, et justement, c'est ce qu'il me reprochait Thierry au début de mon stage, que j'ai peut-être appris à faire moins, mais en même temps c'est mon caractère donc ça va être difficile de faire sans (sourire). Sur un entretien qu'on faisait à deux, il me faisait résumer la situation, et moi j'allais tout de suite… à chaque fois, c'était : les solutions, il fallait trouver des perspectives d'action et il était là « *mais non, il faut d'abord vraiment analyser la personne, vraiment analyser le truc, pour après, mieux y répondre* ». Et… je suis, des fois, peut-être, encore un peu comme ça, en disant « *oui y'a ça !* », alors que non, je pense qu'il faut plus poser les choses.
>
> Amélia, éducatrice spécialisée stagiaire à l'accueil de jour, 31 ans.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Dans le cas d'Amélia – comme pour les autres stagiaires et jeunes professionnels en général (Baszanger 1981, 1983 ; Malochet 2004) – s'opère un ajustement entre sa vision du métier et ce qu'un contexte de travail spécifique fait à ce métier. Dans ce cas précis, les recommandations de son tuteur laissent deviner une valorisation de l'analyse approfondie, presque clinique, modalité d'accompagnement propice à sa psychologisation dans la mesure où elle est centrée sur l'individu et sur ses problèmes (Bresson 2006 ; Alix 2019). Une assistante sociale évoque d'ailleurs un autre aspect ambivalent de l'inconditionnalité de l'accueil, qu'elle rapporte cette fois moins aux modalités d'accompagnement, qu'au nombre de personnes susceptibles de se trouver au sein de l'accueil de jour :

> Depuis que je suis là, et même avant, l'accueil de jour c'est une porte ouverte sur la rue. On accueille le plus de monde possible, en tous cas que toute personne qui souhaite entrer puisse le faire. Mais du coup, tu vois là aujourd'hui à l'accueil y'a un monde fou, bah du coup c'est au détriment d'autres choses. Tu peux pas forcément te poser avec les gens pour discuter, t'accueilles des personnes mais dans un brouhaha pas possible, avec des familles, des enfants, est-ce que c'est la place des enfants, est-ce que… tu vois les personnes isolées, en même temps, c'est un endroit où elles peuvent trouver un peu de calme, se reposer un peu, fermer les yeux deux minutes, c'est pas forcément possible… et donc je me dis des fois, est-ce qu'on fait bien, en voulant aider le plus de monde possible… […] Et ça, ça peut être le risque aussi d'accueillir plein de monde, de faire plein de choses à la fois, d'oublier la moitié de ce que tu dois faire pour les gens, ce que tu t'es engagé à faire. Ça, on doit être vigilant.
>
> Sylvie, assistante sociale à l'accueil de jour, 30 ans

Apparait nettement ici l'une des limites de l'inconditionnalité de l'accueil : mal faire, à force de vouloir trop faire. Le nombre de personnes et le fourmillement de l'accueil de jour tendent à occulter les personnes les moins visibles, ou les moins disposées à faire une demande assimilable dans le cadre du travail social. Contrairement à sa collègue Lise, et de façon plus marquée qu'Amélia, Sylvie souligne nettement cette limite. En réalité, ces différences peuvent être rapportées à leurs positions dans la division du travail d'accompagnement ainsi qu'à leurs trajectoires socioprofessionnelles.

2. Le travail social à l'accueil et ses mutations

Une douzaine de travailleurs sociaux sont salariés à temps plein à l'accueil de jour. Parmi eux, on trouve quatre assistantes sociales (AS), les autres sont éducateurs spécialisés (ES) ou moniteurs-éducateurs (ME). Des différences marquées se font jour entre les AS d'une part, et le groupe des éducateurs d'autre part. Alors que les AS ont des bureaux doubles (un bureau pour deux AS), les éducateurs de l'accueil de jour occupent un bureau collectif. Cette différence traduit moins une hiérarchie formelle qu'un écart entre les tâches réalisées et les types d'accompagnement mis en œuvre :

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Il y a des différences entre le travail des AS et des ES ici ?

On fait le même travail de lien… Après, nous à la base on est sensées fonctionner sur rendez-vous, dans un bureau, et pouvoir prendre, allez, 45 minutes, 1h d'entretien… les éducs, à l'inverse de nous, sont attitrés à des postes précis dans l'accueil, donc ne sont pas forcément, ils ont pas forcément beaucoup de temps pour proposer du suivi aux gens. En plus comme ils ont un bureau commun à l'étage, ils peuvent pas recevoir de public, donc c'est les box, où t'as pas d'ordi, t'as pas Internet, déjà les conditions sont pas les mêmes. Et puis aussi normalement à la base, les éducs de l'accueil suivaient des personnes fortement marginalisées qui n'étaient pas en capacité de tenir des rendez-vous, et nous du coup on suivait plus des gens qui étaient capables de venir ; au départ c'était ça la distinction. Et avec le temps, ça s'effiloche un peu.

Ok. Et dans les pratiques, c'est similaire ?

Oui, mais on a quand même maintenant des personnes qui sont pas en capacité de tenir des rendez-vous, et on doit s'adapter à elles. Après c'est pas la majorité des personnes qu'on accompagne, nous, en tant qu'AS.

Sylvie, assistante sociale à l'accueil de jour, 30 ans

Quelle est la différence entre le travail des ES et des AS ?

C'est le même nombre d'années d'études, mais je pense que les AS sont plus amenées en général à travailler sur les postes de bureau, où elles rencontrent les personnes sen individuel, ce qui est différent des éducs, où on est amenés à travailler en groupe. Les AS vont faire beaucoup plus d'administratif, alors je parle en général, mais elles vont être amenées à connaitre tout ce qui est dossier administratif. […] Ici, les collègues reçoivent beaucoup plus en individuel que nous, mais elles ont aussi une demi-journée à l'accueil. C'est pour deux choses : c'est une volonté de fréquenter le public et de pas s'enfermer dans les dossiers, de voir le public en bas sous un autre point de vue. Et puis il y a clairement la question des bureaux, où il y a pas suffisamment de bureaux pour être à quatre en permanence. Elles reçoivent de manière individuelle, et pour la confidentialité des entretiens, elles sont censées ne pas être présentes quand une collègue reçoit. Donc pour ces deux raisons-là, elles ont une demi-journée, voire une journée à l'accueil. Mais je pense que c'est nécessaire avec notre public, parce qu'on a un public particulier, et on repère des choses à l'accueil, qu'on ne voit pas au bureau. Parce que les gens se comportent de manière différente, c'est logique : le bureau c'est formel, les personnes vont te parler complètement autrement, vont agir d'une autre manière, et des fois ça peut être créateur de lien et ça peut être intéressant d'amorcer quelque chose en bas, alors que le bureau… ça fait peur.

Lise, éducatrice spécialisée à l'accueil de jour, 37 ans

La double distinction opérée par Sylvie (AS) est éclairante : initialement, l'écart entre le travail des ES et des AS correspond à une différence entre le profil des personnes accompagnées. Alors que les personnes « *très marginalisées* » relèvent du travail des éducateurs, les personnes « *en capacité de tenir un rendez-vous* » relèvent des assistantes sociales. Cette catégorisation des publics fait écho à une catégorisation des métiers :

Nous on va être plus dans le travail avec la personne et avec la famille, déjà. C'est-à-dire qu'on va être dans tout ce qui va être périphérique. Tout ce qui est démarches administratives, effectivement, mais il y a pas que ça, il y a le travail avec la famille, renouer les liens, voilà. Et après on peut également accompagner pour des démarches. Tandis que l'éducateur il s'occupe que de la personne quoi. Mais le problème c'est que là, on est arrivé à un point où, certaines de mes collègues font le boulot des éducs, et certains des éducs font le bouleau d'assistante sociale. Donc je pense que ça aura tendance à disparaitre. Mais je sais pas trop comment t'expliquer, c'est un peu la guéguerre entre les deux, c'est complètement débile, mais…

Ici aussi ?

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Non, ici ça se passe bien, mais il y a d'autres structures où… nous, les assistantes sociales, on est représentées… je vais te le faire en gros hein, mais c'est : le tailleur, les talons aiguilles, et puis la petite mallette noire, tu sais, et puis l'éducateur il va être représenté avec le ukulélé, les grosses dread[locks], le van, la grosse fleur, en train de fumer des pétards. Voilà, c'est un peu la caricature.
>
> **Donc y'en a un qui est cool, et l'autre pas ?**
>
> Voilà, nous on est très papier, paperasse, très chiant. Et c'est encore véhiculé dans les formations.
>
> Marion, assistante sociale à l'accueil de jour, 22 ans

À la distinction des publics et des tâches de l'accompagnement correspond celle des métiers et des représentations associées. Si cette distinction tend à s'euphémiser et si elle n'occasionne pas de tension dans le travail de prise en charge, elle reste observable dans l'organisation de l'accueil : les AS travaillent sur rendez-vous, avec des personnes identifiées comme aptes à s'engager dans une relation d'aide. Ce travail suppose des outils spécifiques (un ordinateur, Internet), un bureau isolé et des compétences particulières, rédactionnelles, langagières et administratives (Serre 2009 ; Iori 2018a). Ces éléments sont structurants à la fois dans la sélection des assistantes sociales, mais aussi dans leur formation, dont Ruggero Iori a bien montré qu'elle est nettement orientée vers une lecture clinique et individualisante des problèmes sociaux (Iori 2018b, 2019). Le contexte de travail de l'accueil de jour tend à renforcer ces dispositions, en encourageant les AS à tenir des rendez-vous individuels, à l'écart du collectif, et avec des personnes identifiées comme aptes à s'inscrire dans une relation d'aide. À l'inverse, les éducateurs travaillent sans rendez-vous, selon des temporalités plus longues et dans un cadre collectif – puisque les box ont des parois vitrées et sont accessibles par tout le monde au rez-de-chaussée. L'essentiel de leur travail consiste à nouer un lien avec les personnes qui fréquentent le dispositif, en vue de les réaffilier aux systèmes d'aide et d'action sociales. Il s'agit d'inscrire, de domicilier, d'aider à formuler une demande d'hébergement, de logement, d'asile, de rédiger un curriculum vitae.

L'ensemble de ces tâches, pourtant observées durant l'enquête, ne sont pas décrites par Lise qui dans l'extrait précédemment cité, consacre l'essentiel de sa réponse à décrire le travail des AS plutôt que celui des ES. Relancée sur le travail qu'elle met en œuvre au sein de l'accueil de jour, elle précise :

> C'est vrai que de l'extérieur, ça peut paraitre bizarre parce que… : « *mais vous faites rien…!* ». Et en même temps on accueille tellement de personnes que c'est pas possible de connaitre tout le monde. Mais en même temps ça a du sens, parce que quelques fois on se rend compte que quand on veut brusquer les choses, bah la personne on la voit plus jamais. Et du coup c'est perdu, c'est un échec pour nous. Y'a des gens qui ont besoin de prendre leur temps. Moi je sais que j'ai un caractère où je parle très peu de ma vie privée, même avec mes amis proches. Donc je me m'imagine à la place des personnes, j'aurais du mal à me dire : « *voilà où j'en suis, voilà mes difficultés…* ». Je pense que j'aurais besoin de temps, de me sentir en confiance. Et donc je pousse jamais les gens à me dire des choses pendant les entretiens. Si ils veulent me le dire, très bien, sinon… alors après, j'ai besoin de quelques renseignements élémentaires, mais je pousse jamais. […] Mais je pense qu'aller au rythme de la personne, c'est parfois pas mal, et je pense que même. T'as parfois des gens qui viennent « *ah il faut faire ci, il fait faire ça* » et des fois c'est de la vraie urgence. Mais parfois y'a des choses qui

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> sont pas forcément urgentes, et c'est bien de prendre le temps, et de bien faire les choses plutôt que d'aller très rapidement et d'occulter des renseignements, et finalement de planter un peu le dossier…
>
> Lise, éducatrice spécialisée à l'accueil de jour, 37 ans

> J'ai eu tendance à être trop pressée, et justement, c'est ce qu'il me reprochait Thierry au début de mon stage, que j'ai peut-être appris à faire moins, mais en même temps c'est mon caractère donc ça va être difficile de faire sans (sourire). Sur un entretien qu'on faisait à deux, il me faisait résumer la situation, et moi j'allais tout de suite… à chaque fois, c'était : les solutions, il fallait trouver des perspectives d'action et il était là « *mais non, il faut d'abord vraiment analyser la personne, vraiment analyser le truc, pour après, mieux y répondre* ». Et… je suis, des fois, peut-être, encore un peu comme ça, en disant « *oui y'a ça !* », alors que non, je pense qu'il faut plus poser les choses.
>
> Amélia, éducatrice spécialisée stagiaire à l'accueil de jour, 31 ans.

Une tension traverse le travail éducatif au sein d'un dispositif tel que l'accueil de jour, qui fait écho aux représentations sur la saturation et l'inertie du dispositif. Les éducateurs et éducatrices sont souvent au rez-de-chaussée, dans la foule, où ils doivent composer avec les temporalités propres aux usagers plutôt qu'imposer les leurs. La différence entre AS et ES apparait très nettement dans le discours de Lise, qui se projette aisément à la place des personnes qu'elle accompagne. Quant à Amélia, elle explique ainsi avoir « *appris à faire moins* » et à « *se poser* » lors de l'entretien, réalisé à la fin de son stage. Leurs trajectoires socioprofessionnelles respectives éclairent les rapports différents qu'elles peuvent avoir au travail d'accompagnement à l'accueil de jour (encadré 3.6).

Encadré 3.6 : les trajectoires socioprofessionnelles de Lise et Amélia.

Lise est née en 1979. Ses parents sont « *profs* », instituteurs en école primaire. Son investissement dans le travail social est initialement lié au fait qu'elle est « *persuadée d'être faite pour travailler avec les enfants* ». Elle sait en revanche qu'elle ne « *veut pas être instit'* », voyant l'investissement de ses parents dans leur travail. Lise explique être animée par un sentiment d'injustice, ne pas supporter qu'on s'en prenne aux plus faibles. Après le bac, elle découvre le métier d'éduc spé : elle est attirée par la perspective de pouvoir toucher un public et des problématiques plus larges qu'en tant qu'éducatrice de jeunes enfants. Elle passe les deux concours, avec succès, et choisit finalement l'éducation spécialisée. Ses stages se déroulent d'abord en IME : l'expérience lui plait et elle est enthousiaste à l'idée d'y revenir « *en tant que professionnelle* » même si elle « *n'aime pas ce mot* ». Elle déchante néanmoins, constatant qu'il y a beaucoup de travail administratif. Elle fait son second stage dans un accueil mère enfant. Le stage lui plait beaucoup. Elle envisage un temps d'y refaire son troisième stage, mais « *la chance de découvrir* » un autre public et de diversifier son expérience la pousse vers l'exclusion. Un camarade de promotion lui parle des accueils de jour : elle choisit finalement l'Abej, justement pour travailler avec des hommes et ne pas répéter son expérience avec les femmes. Le stage lui plait énormément, et elle apprend quelques années plus tard qu'un poste ouvre. Elle a peu d'espoir car elle est persuadée qu'un homme sera recruté en remplacement d'un autre homme, au nom de « *l'équilibre des choses* ». Elle est finalement engagée en 2007, et travaille à l'accueil de jour depuis. Son métier lui plait beaucoup, elle dit à plusieurs reprises se retrouver dans les « *valeurs de l'Abej* ». Dans son discours, celles-ci renvoient à l'inconditionnalité de l'accueil, à l'absence de sanction définitive, à la liberté de choix des personnes. Ce respect des temporalités propres aux personnes est d'ailleurs ce qui lui plait le plus dans son travail.

Amélia est née en 1983. Originaire de Bordeaux, ses parents sont commerçant et secrétaire. Au moment de l'enquête, elle est déjà diplômée d'un Diplôme universitaire et technologique en gestion et l'information humanitaire à Bordeaux, depuis 10 ans. Elle explique avoir ensuite repris des études en sciences de l'éducation, seule licence dans laquelle elle peut aller avec son DUT, et poursuit en master. Elle obtient son master, et hésite à entamer un doctorat. Finalement, son compagnon doit partir travailler dans le Nord,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

et elle décide de le suivre. Elle reprend des études quelque temps après, en s'inscrivant dans une formation d'éducation spécialisée. Au moment où je la rencontre, elle réalise son premier stage de formation à l'Abej.

Profondément en accord avec les « *valeurs de l'Abej* » et rétive au travail administratif, Lise se plait particulièrement dans son travail à l'accueil de jour. Elle estime qu'il est important de laisser le temps aux personnes de se reposer, de ne rien demander, de ne pas les importuner bien qu'il faille intervenir à un moment donné, témoignant de la tension entre principes du travail social et inconditionnalité de l'accueil. Quant à Amélia, initialement attirée par l'humanitaire – domaine de l'urgence par excellence –, elle explique se sentir « *inutile* » durant toute la phase d'observation de son stage, estimant d'abord « *savoir faire* » ce qui lui est demandé. Dans son cas, la socialisation au poste a impliqué un réajustement « à la baisse » de ses ambitions et de son envie de bien faire, redoublée par son appétence pour le travail en urgence et ses qualifications élevées. L'ajustement apparait moins difficile pour les assistantes sociales, puisqu'elles retrouvent l'essentiel des tâches auxquelles elles ont été formées. Pourtant, ces tâches, ou le profil des personnes auxquelles elles se destinent, tendent à évoluer, et la distinction entre personnes « *très marginalisées* » et personnes « *capables de tenir un rendez-vous* » tend à s'affaiblir. Plutôt qu'au public, cette évolution doit être rapportée à une rationalisation croissante de l'action sociale. Au début de l'année 2010, quelque temps après l'instauration du revenu de solidarité active, un appel d'offres est publié par le conseil général, proposant aux acteurs associatifs des financements proportionnels au nombre de mesures d'accompagnement mises en œuvre. Le travail des AS de l'accueil de jour est directement affecté :

> Je dirais qu'avant, on faisait pas mal d'écoute, d'abord. Parce que c'est vrai qu'on n'a pas forcément de solutions à proposer. Des fois, les gens vident leur sac : c'est déjà ça, ça fait du bien. Là ici, maintenant, on a commencé à faire que de l'accompagnement RSA. Peut-être que ça va rechanger, on sait pas… c'est pour ça aussi que je m'y retrouve pas non plus. Par ce que moi je fais pas bac+3 pour remplir des tableaux, c'est pas mon truc (rires). C'est pas mon truc du tout ! Moi j'aime bien être un peu dans l'action, que ça bouge quoi. Là… c'est compliqué ! (rires)
>
> Marion, assistante sociale à l'accueil de jour, 22 ans

> Parce que pour avoir des financements, on te demande de justifier de plus en plus ton travail, et donc là on doit même justifier le nombre de rencontres qu'on va avoir dans le mois avec certaines personnes qui nous sont orientées par le conseil général dans le cadre du RSA. Si tu justifies, ça veut dire que tu dois les noter quelque part, ça veut dire que tous les mois tu dois leur envoyer, voilà. C'est une charge de travail purement administrative tu vois, de gestion, qui ne me plait pas à moi.
>
> **C'est nouveau ça ?**
>
> C'est pas nouveau, mais c'est de plus en plus. Tous les ans on t'ajoute quelque chose supplémentaire. Tous les ans faut faire tes preuves, te mettre en avant, en disant que tu fais super bien… que… pas que t'es les meilleurs, mais presque. Après on te demande de plus en plus de quantifier les choses. Tu vois, pour montrer que t'es important, il faut que tu le démontres, mais par des chiffres. Et je trouve que c'est compliqué dans notre travail…
>
> **De quantifier une relation ?**
>
> C'est ça. Et du coup on nous demande aussi, enfin notre direction, qui doit du coup le justifier parce que c'est souvent les directeurs qui font le plus gros du financement et des bilans, et bah ils mettent

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> en place des espèces de logiciels pour leur permettre de mieux répertorier les données, et de pouvoir plus facilement faire leur bilan. Et du coup, toi, il faut que tu rentres des informations qui vont leur permettre de pouvoir extraire ces données, tu vois (sourire).
>
> Sylvie, assistante sociale à l'accueil de jour, 30 ans

La mise en œuvre du RSA et des procédures qui l'accompagnent est vécue comme un dévoiement de leur métier et fait écho aux analyses d'un dispositif « technocratique », principalement orienté vers des performances sociales mesurables (Gomel et Méda 2014 ; Gomel, Méda, et Serverin 2017). Non seulement celui-ci tend à éloigner les AS du travail relationnel assuré les accueillis, mais il induit également une évaluation accrue de leur travail. Celle-ci passe par des processus de quantification croissants, également observés par Jean-Marie Pillon dans le secteur de l'accompagnement au retour à l'emploi des chômeurs (Pillon 2018), et plus généralement dans le secteur des politiques sociales (Chauvière 2007 ; Dubois 2009, 2012 ; Desrosières 2014). Ces évolutions sont très mal vécues par Sylvie et Marion, qui se sont interrogées sur une possible réorientation professionnelle (encadré 3.7).

Encadré 3.7 : les trajectoires socioprofessionnelles de Marion et Sylvie.

Marion est née en 1992. Originaire du Pas-de-Calais, elle est assistante sociale, diplômée en juillet 2013. Marion explique dit que le travail social correspond bien aux « *valeurs* » qui sont les siennes, qui lui ont principalement été transmises par son père, préparateur en pharmacie. Elle dit avoir grandi en « *milieu communiste* », mais elle souligne que ses parents n'ont jamais été syndiqués. Elle explique que mai 1968 constitue une référence pour sa famille, et qu'elle est convaincue du fait qu'il faut défendre les acquis sociaux. Elle précise enfin que ses arrières grands-parents étaient mineurs, et résume son « *hypersensibilité* » pour ces « *sujets-là* » par son « *patrimoine familial* ». Marion arrive à l'Abej pour la première fois en septembre 2011, pour un stage de 6 mois jusqu'en mars 2012. Le choix de faire un stage à l'Abej est donc relativement contraint : elle sait qu'elle ne veut pas aller en protection de l'enfance, ne veut pas du milieu hospitalier, et « *les SDF, pourquoi pas* ». Marion apprécie son travail, ses collègues, son association, mais envisage assez clairement de partir. Les évolutions de son métier vers un travail de plus en plus administratif et son souhait de revenir à la campagne expliquent cette aspiration. Elle explique se sentir parfois démunie face aux problématiques des personnes qu'elle accompagne et en avoir marre de traiter avec les « *institutions françaises* », qui rendent les gens « *dépendants* ». Cette critique ne s'étend pas aux personnes qu'elle accompagne néanmoins, mais reste au stade des institutions et des dispositifs d'accompagnement.

Sylvie est née en 1984, à Lille. Fille d'une employée municipale et d'un ouvrier, elle explique s'être tournée vers « *le social par hasard* », après des échanges avec une amie qu'elle décrit comme ayant une « *vraie vocation* » et ayant fait beaucoup de bénévolat l'incite à s'y intéresser. À 18 ans, elle passe une journée dans le centre social de sa commune d'origine, et « *se dit, ok !* ». À partir de ce moment-là, elle commence à travailler tous les étés en centre communal d'action sociale (CCAS) afin de financer ses études. Alors qu'elle obtient le concours d'AS son amie échoue, ce qui est une déception pour toutes les deux. Elle fait un premier stage à l'Abej, qui débouche sur un contrat de 4 mois pour assurer un remplacement. Elle suspend ses études pour travailler, puis obtient son diplôme, et est embauchée dans la foulée par l'Abej. Alors qu'elle pensait rester deux ans, puis changer d'emploi, mais son travail lui plait. Elle souligne que celui-ci a évolué, pour justifier qu'elle est finalement restée. Pendant un temps, le poids croissant du travail administratif l'a incitée à partir. À l'issue d'un compromis avec les dirigeants de l'accueil de jour, elle parvient à mieux répartir sa charge de travail et choisit finalement de rester. Elle explique avoir énormément de mal à parler de son travail avec ses proches, qui « ne comprennent pas » qui sont les personnes que Sylvie aide au quotidien.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

On peut par ailleurs souligner qu'une difficulté commune au travail des ES et des AS – plus marquée dans les discours des AS néanmoins – tient au profil des personnes accompagnées et au type de problèmes qu'elles rencontrent :

> Le suivi RSA, c'est pas mon truc. Ça, et puis, être déstabilisée avec les personnes qui ont des troubles psy. On n'a pas été formés, donc c'est : « *débrouille-toi* ». Beaucoup de personnes dans ce cas-là ? Ici oui. C'est sur le ressenti, c'est pas des chiffres établis, mais tous les collègues te le confirmeront.
>
> Marion, assistante sociale à l'accueil de jour, 22 ans

> Une des grosses difficultés, c'est les personnes qui ont des troubles psy. Tu vois, qui sont dans le déni, qui veulent pas se soigner. Là moi je me sens très démunie. Et puis après, par rapport à ça il y a la question : est-ce que, pour la protéger, on fait une HDT [hospitalisation à la demande d'un tiers] et on l'hospitalise ? Et en même temps qu'est ce que ça va générer pour la personne ? On sait jamais vraiment. Là avec Natacha [infirmière] on parlait d'un monsieur ce midi justement, elle me dit, « *tu vois ce monsieur, il a été hospitalisé, il a eu l'impression qu'on le déchirait en deux, mais physiquement* ». Comme si on coupait son corps en deux, quelle souffrance ça doit être… et tu vois, nous on le voit avec notre vision, mais est-ce qu'on fait bien, on fait pas bien… y'a pas de réponse à cette question.
>
> **Tu travailles bien avec l'équipe psy ?**
>
> Oui, je travaille avec Haïcha [psychologue] et une infirmière psychiatrique de l'EMPP ici. Avec les CMP [centres médico-psychologiques], c'est quand même plus compliqué. Parce qu'ils communiquent peu et ils acceptent peu d'échanger sur la situation. Faut passer par l'as du service, qui elle te transmet une partie des informations, mais les médecins psy ils te répondent jamais.
>
> Sylvie, assistante sociale à l'accueil de jour, 30 ans

> Tous les problèmes pour emmener les gens en psychiatrie… maintenant c'est beaucoup mieux : on a l'EMPP, on a leurs infirmiers qui viennent, qui font le relais, qui connaissent le secteur, qui appellent le psychiatre… On arrive à les toucher, parler avec eux : parce qu'ils nous prenaient de haut les psychiatres, ça s'est amélioré les relations avec la psychiatrie. La pénitentiaire aussi, Dieu sait que ça s'est beaucoup amélioré les rapports.
>
> Thierry, éducateur spécialisé à l'accueil de jour, 52 ans

Un constat commun traverse ces trois entretiens – de façon implicite dans le troisième – à savoir la difficulté à accompagner socialement les personnes ayant des troubles psychiques. Plusieurs facettes sont soulignées : l'absence de formation des travailleurs sociaux (Marion), la violence des soins psychiatriques (Sylvie), et certaines difficultés à travailler avec les secteurs psychiatriques (Sylvie, Thierry). Le témoignage de Thierry, qui est l'un des premiers salariés de l'Abej (encadré 3.8) souligne néanmoins une amélioration dans la prise en charge des troubles, liée au travail partenarial.

Encadré 3.8 : la trajectoire socioprofessionnelle de Thierry, éducateur spécialisé à l'accueil de jour.

Originaire de République démocratique du Congo, Thierry est l'un des premiers salariés de l'Abej. Au tournant des années 1990, alors qu'il termine des études de droit et une spécialisation en criminologie, il entend parler de l'Abej. L'association cherche un psychologue, mais il estime que sa formation lui autorise de candidater. Il n'a pas grand espoir néanmoins, et se dit surpris lorsqu'on le rappelle pour lui dire qu'il « *a le job* ». Il en parle comme d'un des plus beaux jours de sa vie, puisqu'il reçoit l'appel alors qu'il est à l'hôpital pour la naissance de son fils. Thierry occupe un poste d'éducateur spécialisé, mais il est parfois chargé par l'Abej de missions spécifiques. Ainsi, en raison de sa formation, il assure un lien avec des prisons, afin de préparer la sortie de détenus ayant rompu les liens avec leur famille ; il est également en

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

charge de la veille saisonnière à l'Abej, qu'il coordonne depuis plusieurs années. Néanmoins, il est l'un des rares parmi les « *pionniers* » et les premiers salariés, à ne pas occuper un poste d'encadrement ou de direction aujourd'hui. Thierry a été un informateur précieux aux débuts de l'enquête, en raison de son ancienneté dans le secteur.

Le travail contribue à rappeler la division du travail médico-psycho-social de prise en charge, en créant des liens et des passerelles institutionnels entre des mondes qui, en dépit de publics proches et parfois similaires, restent en partie hermétiques et exclusifs les uns des autres. Plus précisément, de tels partenariats constituent des dispositifs-frontières : tout en rappelant les domaines de compétences de chacun, ils contribuent à faciliter les échanges par la position intermédiaire qu'ils occupent. Quant à la division du travail entre des assistantes sociales chargées de l'accompagnement socioadministratif et des éducateurs et éducatrices chargé-e-s du travail socioéducatif, celle-ci tend à se brouiller pour des raisons qui empruntent moins au travail social qu'au travail de gestion, celui-ci devenant central dans l'action sociale (Chauvière 2007 ; Alix 2019). Ce brouillage des frontières contribue à son tour à renforcer la tension entre l'inertie et la saturation de l'accueil, qui se décline selon des modalités différentes dans le cadre du centre de santé.

III. Du travail social au travail de soin : la liaison entre l'accueil de jour et le centre de santé

La particularité du 228 est d'articuler un accueil de jour et un centre de santé. Les éléments d'analyse rapportés jusqu'ici, inconditionnalité, profil des usagers, saturation, s'appliquent à ces deux dispositifs. Cette dernière partie doit permettre de détailler ces effets en termes de division du travail, d'adaptation et de spécialisation des pratiques médicales, autant de thématiques qui permettent d'illustrer la centralité du soin dans la prise en charge et d'analyser les rapports entre travail social et travail médical. Une précision importante doit être apportée : je n'ai pas eu accès au travail de soin réalisé dans le cadre du centre de santé. Si aucun refus frontal ne m'a été opposé, mes sollicitations ont toujours été remises à plus tard, moins pas les professionnels de santé eux-mêmes que par la direction du 228. Cette difficulté a été dépassée sur d'autres terrains, où j'ai davantage eu accès au travail de soin et d'accompagnement en face à face. Les éléments relatifs au travail en « colloque singulier », c'est-à-dire en face à face, sont donc pour l'essentiel issus d'entretiens réalisés avec les professionnels. Trois éléments sont analysés : d'abord, les trajectoires et le profil sociologiques des professionnels de santé de l'accueil de jour (1) ; ensuite les spécificités et les mutations du travail de soin mis en œuvre auprès des patients du centre de santé (2) ; enfin, les modalités d'articulation du travail social et du travail médical au sein du 228 (3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. Les trajectoires des professionnels du centre de santé

Au moment de l'enquête, trois médecins et deux infirmières assurent des consultations au centre de santé. Plusieurs infirmières stagiaires se sont aussi relayées, assurant un renfort précieux. Une psychologue propose des consultations : elle n'est pas rattachée à l'Abej, mais à une équipe mobile psychiatrie-précarité. Parmi les médecins, un seul est salarié, les deux autres bénévoles. Les infirmières sont salariées, mais des bénévoles sont toujours bienvenues pour porter main forte. Alors qu'à l'accueil de jour, les bénévoles sont cantonnés à des tâches subalternes (distribution de nourriture, gestion du bar), ils assurent, pour l'essentiel, les mêmes tâches que les salariés dans le cadre du centre de santé. Les compétences thérapeutiques et la difficulté à trouver des jeunes médecins susceptibles de s'engager en tant que salariés d'un centre de santé expliquent cette valorisation du travail bénévole. Les trois médecins du centre présentent par ailleurs de nombreux points communs, et en premier lieu leur âge puisque tous les trois ont soixante ans. L'existence de communautés générationnelles est l'un des traits structurants des organisations militantes (Mannheim [1928] 2011 ; Péchu 2001 ; Brodiez-Dolino 2009) ; dans le cas de la médecine sociale néanmoins, ce trait commun peut s'apparenter à une inquiétude quant à la possibilité de passer le relai et d'assurer la pérennité de l'action associative (encadré 3.9).

Encadré 3.9 : les trajectoires socioprofessionnelles des médecins du centre de santé.

Né en 1955, Paul Gisan est médecin généraliste, fils d'un chef d'entreprise et d'une secrétaire. Il est protestant et membre de la communauté de vie à l'origine de l'Abej. C'est Paul Gisan qui assure les permanences médicales dans les bus et les bungalows de l'association à ses débuts, puis dans les premiers bâtiments, parallèlement à son activité libérale : il obtient son doctorat de médecine générale en 1985 et installe son cabinet l'année suivante, dans un quartier populaire de la ville de Lille, au pied d'un tour. Dans un article publié en 1988 dans un journal local, il explique avoir été très attiré par l'humanitaire et notamment Médecins Sans Frontière, mais avoir réalisé que sa « *place n'était pas en Afrique, mais ici, à Lille, avec les démunis de ce « quartier-ghetto » (sans le moindre médecin !!)* ». Au début des années 1990, il participe à la création d'une association visant à former les médecins généralistes aux questions de toxicomanie, et notamment aux traitements de substitution, à une époque où ces derniers sont très mal vus. Il participe également à la création d'un réseau de santé dédié aux questions de précarité en 2005. Sa double activité libérale et bénévole se maintient pendant dix ans, jusqu'à ce que le centre de santé de l'Abej soit agréé. Il cumule alors son activité libérale avec une activité salariée, jusqu'en 2012, date à laquelle il se consacre exclusivement à son activité salariée. Tout au long de sa carrière, Paul Gisan a participé à la mise en place d'initiatives visant à assurer la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile. Aujourd'hui proche de la retraite, il est très investi dans tous les dispositifs de l'Abej.

Alain Levina est né en 1959 à Alger. Pied-noir « *de culture juive mais non pratiquant* », il grandit à Lyon jusqu'à son adolescence puis s'installe à Paris avec sa mère au décès de son père en 1974. Celui-ci était chef de chantier, sa mère employée de banque puis restauratrice. Il explique avoir été très mauvais élève jusqu'à une expérience en internat qui selon lui l'a « *sauvé* » : il serait parti « *en filière technologique* » sans cet épisode, à la suite duquel il se tourne vers des études de médecine. Il souhaite à ce moment être psychanalyste, mais déchante rapidement. Il n'a jamais été syndiqué, mais explique avoir manifesté à quelques reprises. En revanche, il se définit alors comme « *tiers-mondiste* », souhaite s'engager dans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'humanitaire, et se dit très attiré par les questions de spiritualité. Il fait du yoga, et c'est par ce biais qu'il saisit l'opportunité de partir en Inde. Il soigne auprès de Mère Térésa, à Calcutta, et connait sa première expérience de vie communautaire. Surtout, il explique avoir une « *révélation* » qui lui est « *tombée dessus* » une nuit, et qui l'incite à se convertir au christianisme : dans la mesure où les personnes qui l'entourent à ce moment sont des baptistes, c'est dans ce courant qu'il s'inscrit lui-même. Il rencontre sa femme qui a connu une expérience similaire au Népal, et tous les deux rentrent en France. Il soutient sa thèse de doctorat consacrée aux effets du RMI sur la santé des personnes qui en bénéficient et rencontre Patrick Henry à Nanterre. Tous les deux découvrent l'Abej, s'installent à Lille et rejoignent la communauté de vie. Levina occupe diverses fonctions de soins et de direction dans les dispositifs de l'Abej, et parait jouer un rôle central dans la communauté. Il tente de s'installer en libéral avec Paul Gisan, mais ne trouve pas le temps d'exercer en plus de ses activités associatives et communautaires. La fin de la communauté est très douloureuse pour Alain Levina, ce qui l'incite à prendre quelque temps ses distances avec l'Abej. Il installe son cabinet en libéral, puis recommence, à partir de la fin des années 2000, à assurer des consultations bénévoles dans les dispositifs de l'Abej.

Antoine Vanhaert est né en 1946. Il nait de l'alliance de deux familles de la grande bourgeoisie nordiste : son père occupe un poste de direction à la « *Lainière de Roubaix* » grande entreprise textile du nord, tandis que la famille de sa mère possède une entreprise de production de fromages. Sa mère participe activement à l'action catholique, qui regroupe les initiatives du catholicisme social, et lui-même s'inscrit très tôt dans la Jeunesse étudiante chrétienne. Durant ses études de médecine, il crée un syndicat, la Section lilloise des indépendants pour le progrès (SLIP) et explique « *avec un nom comme ça, je pouvais que me faire élire !* ». Il participe au mouvement étudiant en mai-juin 1968. Durant ses études de médecine, il suit une formation en théologie, une autre en homéopathie et commence à se former à l'acupuncture, à travers un séjour en Chine. Il fait son internat en psychiatrie, mais finit par s'orienter vers la médecine générale. Il connait une courte expérience humanitaire au Maroc, mais est renvoyé en France en raison de sa proximité avec les étudiants marocains. Vanhaert se marie et installe son cabinet à Mouvaux, commune bourgeoise de la banlieue lilloise. Il contribue à la création d'un réseau de santé en gérontologie, et officie occasionnellement comme diacre. Surtout, il soigne pendant plusieurs années à Sangatte, avant le démantèlement du centre par « *Sarko* ». C'est au moment de sa retraite que son engagement dans la médecine sociale se renforce. Il suit des formations sur les liens entre santé et précarité. Par ce biais, il découvre l'Abej et Santé pour tous, et s'investit d'abord auprès de cette seconde association. Au début des années 2010, l'Abej le sollicite pour assurer un remplacement de quelques semaines : celles-ci se prolongent, et Antoine Vanhaert assure depuis plusieurs journées de soins bénévoles dans ces deux associations.

S'ils y sont investis depuis des périodes différentes, Antoine Vanhaert, Alain Levina et Paul Gisan présentent des profils proches. Issus des classes moyennes ou de la grande bourgeoisie pour Vanhaert, ils s'engagent dans la médecine des pauvres pour des motifs liés à leur socialisation religieuse, celle-ci étant précoce pour Vanhaert et Gisan, tardive pour Levina. Ils appartiennent à la même génération et aspirent à s'engager en humanitaire, voire s'y engagent temporairement. Levina et Gisan ont également en commun de cumuler leurs expériences professionnelles et bénévoles, en alternant entre le statut libéral et le salariat. Vanhaert connait quelques expériences bénévoles durant sa vie active, mais s'engage durablement à partir de sa retraite. Les temps de présence au centre de santé de ces trois médecins diffèrent fortement : Paul Gisan, qui y est salarié, y passe trois jours par semaine, et le reste de son temps dans d'autres dispositifs portés par l'Abej ; Alain Levina y assure des consultations une ou deux journées par semaine, tandis qu'Antoine Vanhhaert est présent chaque vendredi après-midi pour assurer ses consultations. Les travailleuses paramédicales interrogées présentent des profils différents de ces médecins (encadré 3.10).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 3.10 : les trajectoires socioprofessionnelles des professionnelles paramédicales du centre de santé.

Haïcha Majoud est née en 1977. Elle est psychologue de la fonction publique hospitalière, titulaire d'un DESS en psychopathologie et psychologie clinique obtenu en 1999, et d'un DU en neuropsychologie clinique. Originaire de Dunkerque, son père est ouvrier du bâtiment (coffreur) et sa mère couturière. Au cours de ses stages, elle travaille en CMP infanto-juvénile, puis réalise une étude sur la prise en charge de patients en réanimation et dans l'incapacité de communiquer. Sa première expérience salariée a lieu auprès de l'aide sociale à l'enfance. S'il s'agit plutôt d'une opportunité professionnelle que d'un choix marqué, Haïcha explique être contente d'avoir travaillé avec les enfants. Elle est engagée au sein de l'EMPP en 2008 pour réaliser des permanences psychologiques au sein de l'Abej. Son poste a d'ailleurs été créé par l'Abej, où elle passe l'essentiel de son temps salarié : elle est ainsi identifiée, par les usagers de l'accueil de jour, par ses salariés comme par les membres de l'EMPP, comme une salariée de l'Abej plutôt que de l'EMPP. Elle explique avoir une culture « *travail social* », qu'elle oppose à la culture hospitalière, et dit par ailleurs avoir davantage de mal avec la psychiatrie qu'avec les professionnels du social, avec qui elle a beaucoup travaillé. À plusieurs reprises, elle souligne ce « *désamour* » vis-à-vis de la psychiatrie hospitalière, qui selon elle ne va pas très loin dans la prise en charge des personnes qui souffrent : pour elle, le champ social est plus engagé, plus militant, se bouge davantage. Surtout, elle pointe le fait qu'il s'agit là de défaillances du service public, peu compréhensibles et inacceptables.

Natacha Dauberge est née en 1977. Son père est ouvrier du bâtiment, et sa mère secrétaire. Elle est infirmière diplômée d'État, mais suit sa formation dans un Institut de formation de la Croix-Rouge : elle explique avoir besoin d'un cadre et « d'être suivie » pour réussir sa formation. C'est une réussite, puisqu'elle explique avoir « *adoré* » ses études alors qu'elle n'était pas très scolaire. À sa sortie de sa formation, Natacha enchaine les expériences professionnelles, d'abord dans une polyclinique privée, ce qui ne lui plait pas, puis dans une clinique où elle participe à la mise en place d'un service de soins palliatifs, puis en Martinique. Elle y découvre une « *autre approche de la maladie et du soin* ». Elle rentre en France deux ans plus tard et enchaine les contrats d'intérimaire : elle ne souhaite pas travailler en CDI tout de suite, ni retourner à l'hôpital. Elle-même n'est pas croyante, mais elle découvre l'Abej par le biais de son beau-père : « *je découvrais qu'il y avait des médecins qui pouvaient être bénévoles… moi j'avais droit au chirurgien caractériel et qui a soif d'argent, j'ai dit wooooooooo (rires) ça existe ! Mais qui es-tu ?* ». Elle postule spontanément et est engagée en 2011. Elle commence à travailler dans des services spécifiquement médicaux de l'Abej, en expliquant que « *c'était bien pour démarrer* » parce qu'elle n'avait « *jamais gouté à la précarité* ». Un an plus tard, elle est rattachée au centre de santé, bien qu'elle effectue également des missions de soins dans d'autres dispositifs de l'Abej.

L'écart avec les médecins est net. Issues des classes populaires et athées, Natacha Dauberge et Haïcha Majoud commencent à travailler à l'Abej principalement pour mettre à distance le cadre de travail hospitalier. Pour Majoud, c'est un net rejet de la psychiatrie qui justifie cette réorientation, tandis que pour Dauberge, le rejet se porte plutôt sur la profession médicale et les systèmes hiérarchiques liés à l'organisation hospitalière. Dans le cas de Majoud, l'attachement au service public et à l'égalité de soins de tous explique son attrait pour le poste : si elle travaille dans un cadre associatif, elle n'est pas moins salariée de l'Établissement public de santé mentale et revendique son titre de psychologue de la fonction publique hospitalière. Elle a par ailleurs déjà travaillé avec des travailleurs sociaux dans le secteur de l'Aide sociale à l'enfance, tandis que Dauberge n'a aucune connaissance du secteur médico-social au moment de son embauche, ce qui justifie qu'elle ne travaille pas au 228 dans un premier temps.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Les mutations du travail de soin : spécialisation informelle et reconfigurations des pratiques

Le centre de santé de l'Abej est l'un des rares dispositifs de soins primaires dédiés aux personnes sans-domicile de la métropole. Une autre association, « Santé pour tous », porte également un tel dispositif. Les professionnels de santé de ces deux centres se connaissent et sont en relation à travers des échanges d'informations, la réorientation de patients, ou en personne. Ces deux centres sont à l'origine d'un réseau de santé créé au milieu des années 2000, dédié à la question de la précarité et chargé d'assurer l'accès et la continuité des soins des personnes dites « *en situation de grande précarité* », c'est-à-dire pour l'essentiel des personnes sans-domicile (voir chapitre 7). Une division du travail de soin assez nette existe entre eux sur le critère de la couverture sociale : en l'absence totale de celle-ci, Santé pour tous est en principe l'interlocuteur privilégié, tandis que l'Abej est choisie préférentiellement pour prendre en charge les personnes titulaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'État (AME). Une seconde répartition, plus implicite, tient au profil et aux pathologies des personnes soignées. En raison de son ancienneté, l'Abej s'est spécialisée dans la prise en charge des personnes nettement marginalisées ou « *clochardisées* », tandis que Santé pour tous s'est plutôt dédiée au soin des personnes étrangères ou sans droits ouverts, ces deux catégories se superposant largement (Izambert 2014 ; Gabarro 2018). Cette répartition des publics en situation de précarité se traduit par une spécialisation informelle :

> Les gens qu'on voit ici, ils cumulent beaucoup de problématiques, beaucoup de dépendances… avec des problèmes qu'on verrait pas, ou beaucoup moins souvent en ville. Les problèmes cutanés, problèmes psychiatriques, problèmes de dépendance, sont beaucoup moins prévalents qu'ici. Ici, ces trois problèmes-là, vous avez fait quasiment… la dermato, la psychiatrie, la dépendance, c'est neuf fois sur dix.
>
> **Vous vous spécialisez ?**
>
> Oui oui, oui d'une certaine manière, on finit par tourner beaucoup autour de ces questions-là.
>
> Alain Levina, médecin bénévole au centre de santé, 59 ans

> Les maladies neurologiques, le Korsakoff, les troubles cognitifs… je ne sais pas s'il y en a plus qu'avant, en tous cas on les dépiste mieux. On s'est spécialisé à l'Abej là-dessus : ça c'est clair, on s'est clairement spécialisé sur le dépistage, la prise en charge des Korsakoff, des… voilà. […] Y'a beaucoup de gens encore maintenant ne sont pas dépistés : ils ont pas un Korsakoff pur et dur, mais ils ont des troubles de l'initiation, de l'organisation, de la planification, c'est des gens qui sont vraiment inadaptés, qui ont besoin d'accompagnement pour faire des démarches, voilà. Et ça fait aussi partie des situations très complètes, qu'il faut travailler ensemble. Et le diagnostic médial, qu'il soit psychiatrique, qu'il soit neurologique, il est vraiment important, et des fois, il est subtil, très subtil : surtout quand, en plus il y a des produits. Parce qu'on peut pas faire de diagnostics quand il y a de l'alcool ou de la cocaïne, ou de l'héroïne ou… et donc il faut arriver à sevrer les gens.
>
> Paul Gisan, médecin salarié au centre de santé, 63 ans

On retrouve ici, dans une forme nuancée, certains des éléments avancés par les pionniers de Nanterre dans leur travail de légitimation du soin des pauvres. Dans ces extraits Levina et

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Gisan insistent sur la prévalence de certaines problématiques médicales parmi la population qu'ils soignent. Ces pathologies impliquent une double adaptation de la pratique de soin : d'une part, elle implique une spécialisation formelle des médecins, principalement sur les questions d'addictologie ou plus marginalement de psychiatrie. Paul Gisan par exemple, s'est spécialisé en addictologie et a créé une association de formation des médecins généralistes aux traitements de substitution, tandis que des partenariats ont été noués entre l'Abej et des services hospitaliers ou d'autres associations telles que l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA). D'autre part, une telle adaptation suppose aussi des dispositions marquées pour le travail relationnel, d'écoute et d'empathie :

> Avec du recul, une infirmière ici, elle aurait besoin d'une formation spécifique sur l'empathie, et sur la juste distance professionnelle. Je pense que ça se travaille et qu'on en a besoin. Parce qu'il y a peut d'être d'autres façons que d'attendre d'avoir morflé, morflé, morflé pour comprendre le fonctionnement (rire), hein, c'est peut-être bien d'être accompagné avant. Parce qu'on a quand même des consultations où on entend des trucs vraiment durs. Aussi bien pour les médecins que pour les infirmières.
>
> Natacha Dauberge, infirmière à l'accueil de jour, 41 ans

Comme le suggère, voire le regrette, Natacha Dauberge, la spécialisation au travail d'écoute tend à s'opérer « *sur le tas* » par une socialisation en poste, diffuse, qui peut se révéler violente (Malochet 2004). Ce travail de gestion de l'empathie et les pratiques professionnelles sur lesquelles il repose ne sont pas nouveaux. Dès 1993, un rapport d'activités précise ainsi :

> Travailler dans l'urgence, côtoyer la douleur tant physique que morale, tendre la main aux déchus de la société, décoder les non-dits, répondre à toutes les demandes, mettre en confiance, redonner espoir, les activités des médecins de l'Abej débordent largement du cadre de la médecine traditionnelle. Une médecine de choc qui nous démontre que les trottoirs de nos villes occidentales n'ont rien à envier à ceux des bidonvilles du Tiers-Monde. Aux quatre coins de la planète, des hommes souffrent de n'avoir qu'un ciel en guise de toit. […] Notre premier travail est d'être attentifs. Nous privilégions l'écoute. La médecine que nous pratiquons ne soit pas se contenter de soulager les souffrances physiques. Elle doit aussi accompagner psychologiquement le patient.
>
> Rapport d'activités 1993

Ces éléments sont emblématiques de l'approche « humaniste » du travail médical des pauvres (Parizot 2003a, 2007), caractérisée par une visée compréhensive qui prend en considération les spécificités de la personne soignée et de son parcours, et qui repose sur des dispositions à l'écoute et à l'empathie des professionnels. Une telle approche se nourrit d'ailleurs d'un processus de psychologisation assez net, qui touche le travail assuré par les infirmières et les médecins généralistes, deux segments du travail médical dont la pratique est déjà nettement orientée par une inclination relationnelle et psychologisante (Muel-Dreyfus 1984 ; Drulhe 2000 ; Paillet 2007 ; Bloy et Schweyer 2010). On peut d'ailleurs penser que cette spécialisation tend à se renforcer à mesure que la population elle-même évolue. Antoine Vanhaert explique ainsi s'être initialement tourné vers Santé pour tous en raison des similarités de la population avec celle qu'il soignait à Sangatte. Il ajoute néanmoins :

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

> Depuis un an, la patientèle de l'Abej change. C'est beaucoup plus… doux entre guillemets que ce que j'ai connu au début. Au début, il y avait beaucoup de toxicomanes, beaucoup de psychiatrie… bon ce matin, c'était même pas la moitié ! Ce matin j'ai vu une patientèle un peu comme celle de Santé pour tous, donc…
>
> **Vous dites depuis un an… ?**
>
> Progressivement, je sais que… Moi, mes premières consultations, c'était, 9 consultations sur 10, de la psy, de la psy lourde. Et là ce matin, plus de la moitié c'était des personnes migrantes, si, quelques SDF, amenés par le Samu social, mais des gens vraiment que j'aime bien, des personnes à la rue depuis 10 ans…
>
> Antoine Vanhaert, médecin bénévole, 71 ans

Ce constat est opéré par l'ensemble des professionnels du centre de santé et fait directement écho aux éléments avancés plus haut quant au nombre croissant d'usagers d'origine étrangère au 228. Cette évolution détermine le type de pathologies soignées, et les pratiques mises en œuvre par les soignants :

> Chez les migrants, vous avez peu de problèmes de parasitologie cutanée, vous avez peu de problèmes d'alcool, peu de problèmes de drogues… en psychiatrie, y'a des trucs post-traumatiques, y'a des… du travail de psychologie à faire mais… alors à quelques exceptions près, vous avez des gens qui peuvent se mettre à délirer, mais c'est pas… Les gens qui partent en général, c'est plutôt des gens qui sont bien foutus quoi. Dans la tête aussi quoi. On mise pas sur les mauvais chevaux : les gens qui payent pour les faire passer, ils vont pas prendre le fou du village pour traverser la Méditerranée quoi ! Donc forcément, ils sont plutôt responsables, bien fiables, et ça se voit ici : ils sont toujours bien adaptés je trouve quoi, et donc c'est pas du tout les mêmes pathologies. Ici je trouve, parmi les migrants, c'est plus… de la bobologie on va dire : franchement, moi cette après-midi, j'ai vu beaucoup de choses… c'est de la colopathie, enfin un peu comme on pourrait avoir en médecine générale, souvent, j'ai mal au ventre, je suis barbouillé, j'ai un petit peu d'indigestion, j'ai eu la diarrhée… des trucs tout bête quoi, des petits problèmes de santé on va dire… voilà, ça veut pas dire qu'il y en a pas des gros, mais moi dans ma pratique, je vois surtout ça.
>
> Alain Levina, médecin bénévole au centre de santé, 59 ans

> Ce qui a changé, et ça c'est pas une surprise, c'est qu'il y a beaucoup plus de migrants. Mais sur la question des pathologies, je trouve qu'il y a pas tant d'évolutions que ça. Tu vois, les stress post-traumatiques c'est dans la même catégorie que les troubles anxiodépressifs, dans la catégorie des troubles anxieux. Alors effectivement, un peu plus de stress post-traumatiques qu'il y a quelques années. Mais tu vois, j'ai fait un DU de neuropsy, parce que j'étais beaucoup confrontée à la question des addictions, à la question de l'alcoolisation chronique, avec les séquelles que ça peut provoquer : c'est un public que je vois moins, beaucoup moins. Alors pas parce qu'il existe pas… quand je te parle de ce monsieur iranien que j'ai du mal à orienter vers un CMP, je pense que le service public joue pas suffisamment son rôle, n'a pas assez de souplesse, parce que c'est des gens qui sont en demande. Comme ils sont en demande ils viennent, quand tu leur fixes un rendez-vous ils viennent, tu leur fixes un autre rendez-vous, ils reviennent : ils peuvent revenir longtemps tu vois. Le public un peu plus marginal, tu fixes un rendez-vous, c'est comme si tu fixais un rendez-vous dans trois mois, donc il faut saisir l'instant, il faut être disponible, il faut avoir une grande souplesse. Donc forcément, si tu es accaparé par des gens qui sont en grande souffrance et très en demande, t'as plus de disponibilité pour ce public-là.
>
> Haïcha Majoud, psychologue à l'accueil de jour, 41 ans

Les points de vue de ces deux soignants à propos d'un même phénomène – la hausse du nombre de personnes migrantes au 228 – divergent : alors que le médecin met en adéquation changement démographique, changement épidémiologique, et changement de ses pratiques,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

cette distinction est moins nette pour la psychologue. Elle insiste davantage sur ce que cette évolution provoque en termes de dévoilement de l'inadaptation de la prise en charge. Cette inadaptation est d'ailleurs, dans son discours, davantage celle du service public que du secteur associatif : en ne soignant pas des personnes « *en demande* », le service public manque à ses missions, et ces personnes prennent la place des personnes qui ne demandent rien au sein de dispositifs spécialisés. Les situations de précarité induisent ainsi des rapports différents au corps, à la maladie et aux soins, en somme des cultures somatiques différentes (Boltanski 1971). Cet écart dans les représentations est significatif. Il témoigne bien de la diffusion, parmi les médecins, d'une approche psychologique du soin. Celle-ci se retrouve d'ailleurs dans l'attachement très fort que certains usagers témoignent envers les médecins du centre de santé, refusant de prendre un médecin traitant en ville et participant de la saturation du centre. Ainsi, lorsqu'Alain Levina évoque la « *bobologie* », il désigne un ensemble de techniques de soins peu complexes, qu'il dit retrouver dans sa pratique libérale. Les frontières entre *care* et *cure* s'estompent : il s'agit autant de soigner que de prendre soin et de porter attention. On verra par ailleurs que la bobologie, notamment tel qu'elle est mise en œuvre par les maraudeurs dans la rue, désigne également une approche du soin moins orientée par une finalité thérapeutique que sociale : il s'agit d'accrocher la personne en lui témoignant de la sollicitude (chapitre 5). L'augmentation du nombre de personnes étrangères au sein de l'accueil de jour, si elle induit une reconfiguration des pratiques des professionnels de santé, participe de sa saturation. Celle-ci fait l'objet de débats entre professionnels de la santé et du social, qui, plus généralement, travaillent de façon étroitement liée afin d'assurer la prise en charge des usagers du 228.

3. Le travail en équipe et la liaison entre social et médical

Parmi les professionnels interrogés, l'articulation entre les deux dispositifs du 228 est communément présentée comme une réussite. De fait, les situations d'entretien sont propices à produire des commentaires acritiques, qui soulignent les aspects positifs plutôt que négatifs de ce travail en commun :

> C'est hyper riche de pouvoir bosser dans un endroit où t'as un centre de santé, où tu peux emmener les gens, tu peux avoir un retour de suite, t'as un autre regard aussi : moi j'y connais rien à la médecine, la psy pas forcément non plus. Tu repères des choses, en tant que travailleur social, dans l'attitude, dans le regard, dans le discours, tu te dis, « *tiens, c'est bizarre* ». Mais entre le « *c'est bizarre* » et poser un diagnostic il y a un monde. Et du coup c'est hyper riche de pouvoir être dans ce service, et de travailler en lien comme ça. Si je devais attendre un retour du CMP, je serais dans le flou, dans le flou tout le temps (rires) !
>
> Sylvie, assistante sociale à l'accueil de jour, 30 ans

Comment ça se passe avec les médecins ?

> Ça va impeccable. Mais y'a qu'à l'Abej ! Parce que j'ai travaillé en hôpital, et c'était une catastrophe. Je me suis réconcilié avec les agents médicaux avec l'Abej, mais à l'hôpital c'était horrible, t'es

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> considérée comme une sous-merde. Par les médecins, comme par les infirmières, les deux. À l'Abej, si tu viens travailler ici en tant que médecin c'est que t'as des valeurs, et que t'es pas là pour faire du fric.
>
> Marion, assistante sociale à l'accueil de jour, 22 ans

Le centre de santé constitue une ressource professionnelle importante pour les travailleurs sociaux, surtout au regard du système de santé de droit commun. Ils sont amenés à détecter des éléments « *bizarres* » ou susceptibles de témoigner de l'existence d'une pathologie ou d'un trouble, suggérant qu'ils ont des compétences pour le faire. Ces compétences peuvent être liées à leur origine sociale et à leur socialisation primaire (Boltanski 1971), mais on montrera que la socialisation en poste joue aussi directement sur cette capacité à suspecter, à tort ou à raison, des troubles somatiques et psychiques parmi les personnes sans-domicile. On retrouve le même son de cloche du côté des médecins :

> Alors ce que j'aime beaucoup… j'aime bien les deux structures, hein. Mais à l'Abej ce que j'aime beaucoup c'est qu'il y a vraiment un travail d'équipe, y'a pas de hiérarchie.
>
> Antoine Vanhaert, médecin bénévole, 71 ans

> Ici, heureusement qu'on est une équipe, que je fais pas tout ça moi-même. Ici, c'est un travail d'équipe, quand je dois envoyer quelqu'un à l'hôpital, je demande à l'infirmière qui s'y connait. Donc du coup on travaille en équipe, alors que chez moi je fais tout : j'ai pas de secrétaire, j'ai pas de gens qui font les choses pour moi…
>
> Alain Levina, médecin bénévole au centre de santé, 59 ans

S'ils louent tous les deux le « travail d'équipe », ces deux extraits soulignent des éléments plutôt contradictoires : l'un évoque l'absence de hiérarchie, tandis que l'autre souligne la possibilité de déléguer certaines tâches (Ogien 1987). Ces deux constats suggèrent qu'un travail de liaison est effectivement à l'œuvre et c'est celui-ci qu'il convient d'analyser afin de déterminer les modalités de réalisation du travail en équipe.

Au sein du 228, ce sont les travailleurs sociaux qui gèrent les inscriptions pour les douches et les lessives, mais aussi pour le centre de santé : cette organisation permet un filtrage des demandes, non pas selon un critère médical, mais selon le critère de l'ordre d'arrivée. Néanmoins, dans la mesure où le poste d'inscription est assailli à chaque ouverture du 228 néanmoins, cet ordre est difficilement garanti. À diverses reprises, les travailleurs sociaux ont signalé leur difficulté ou leur réticence à inscrire des personnes très demandeuses de soins, notamment parce qu'elles tendent à en empêcher d'autres d'y accéder. Dans cette optique, les professionnels de l'accueil de jour peuvent solliciter directement le centre en demandant s'il est possible de voir « *en urgence* » ou « *en priorité* » lorsqu'une inquiétude sur l'état de santé d'un usager le justifie. Les médecins ne se montrent presque jamais au rez-de-chaussée. Lorsque c'est le cas, ils sont interpelés avec plus ou moins d'insistance par les usagers. Un phénomène proche s'observe avec les infirmières et les stagiaires affectés au centre de soins : aisément

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

repérables par leurs blouses blanches, ce sont elles qui sont alors interpelées, parfois de façon pressante, pour savoir quand viendra leur tour, s'il est possible de s'inscrire, ou simplement d'être vus par le médecin en poste. Ces sollicitations sont partie intégrante du travail infirmier, qui implique une gestion de ces requêtes et de fréquents refus adressés aux personnes en demande. C'est l'infirmière coordinatrice du centre de santé qui vient chercher les usagers au rez-de-chaussée : elle appelle à voix haute et à plusieurs reprises la personne concernée, qui perd son tour si elle ne répond pas à temps. L'infirmière échange par ailleurs très fréquemment avec les travailleurs sociaux, sollicitant ou donnant des informations quant aux personnes soignées.

Au-delà de ces échanges informels, la coordination des professionnels de santé et du social a lieu lors des réunions hebdomadaires du mardi matin. Plus généralement, les réunions donnent à voir des échanges sur le fonctionnement du dispositif, les problèmes qui se font jour dans son organisation, et les solutions susceptibles d'y remédier. Une partie importante de ces discussions a trait à la saturation du 228 et à ses effets sur l'accompagnement médico-social des usagers (encadré 3.11).

Encadré 3.11 : notes de terrain, le travail de liaison durant la réunion.

24 mars 2015, réunion hebdomadaire de l'accueil de jour.

Le directeur de l'association est présent : évidemment, j'arrive en retard ce jour-là. Le directeur du pôle accueil est également présent. Jean-Luc (chef de service) et Paul Gisan (médecin) sont à leurs places habituelles, face à face. Le ton est sérieux. La réunion commence avec l'évocation d'une situation compliquée. Rapidement, la discussion part sur la saturation du centre de santé.

Jean-Luc explique que le fonctionnement de l'accueil de jour « *génère des frustrations parmi les accueillis, parce qu'il n'y a pas assez de consultation, et trop de monde à l'accueil* ». Paul Gisan interprète cela comme « *le problème des urgences en France* », il ajoute : « *on comprend que des jeunes médecins ne veulent pas s'installer* ». Ce n'est pas clair, mais je crois qu'il parle du centre de santé. Gisan défend néanmoins le centre de santé, et son intérêt. Il explique « *nous, on fait beaucoup de médico-social* », signifiant ainsi que les questions sociales et médicales de ses patients sont étroitement entremêlées. Dalila (ES) suggère que les autres médecins soient présents lors de la réunion hebdomadaire, afin qu'ils comprennent mieux les enjeux que pose le 228. Gisan répond, il se sent concerné. Il acquiesce et concède que « *ce pourrait être bien* », tout en défendant ses confrères, qui travaillent bénévolement. Mais il semble plutôt d'accord.

Novak, un moniteur-éducateur, revient au sujet principal, la saturation : « *comment on fait, nous, pour dire à quelqu'un qui est arrivé à l'heure : Monsieur, vous ne pourrez pas être pris* ». Un brouhaha s'engage pendant quelques secondes. Sylvie (AS) prend la parole, et explique calmement qu'il faut changer le fonctionnement du 228 : tout le monde sait que des personnes logées et hébergées, parfois avec un emploi, y passent. Ce ne serait pas un problème si les personnes qui « *en ont vraiment besoin* » n'en pâtissaient pas indirectement. Le médecin souligne la hausse « *exponentielle du nombre d'étrangers* » qui participent aussi à la saturation. Un éduc suggère de limiter le nombre de personnes présentes. Pascal, le directeur de l'accueil, dit que « *c'est compliqué, parce qu'on est une porte ouverte sur la rue* ». Gisan souligne que le problème principal, au moins concernant le centre de santé, c'est « *la transition vers le droit commun, c'est extrêmement complexe* ». Il explique qu'il incite les personnes qu'il soigne et qu'il estime aptes à le faire, à prendre un médecin traitant en ville. Néanmoins, celles-ci reviennent et occupent des créneaux qui pourraient bénéficier à d'autres, qui en ont davantage besoin.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Ici, le point de départ de la discussion est lié au constat d'un manque de consultations par rapport au nombre de personnes souhaitant se faire soigner. Entre sept et dix consultations sont assurées chaque matin et chaque après-midi par les médecins, qui dépassent fréquemment les horaires fixés :

> Y'a très peu de personnes qu'on peut inscrire, y'a beaucoup de gens qui se présentent. Et en même temps, c'est bien que les consultations soient longues, qu'on fasse pas ça de manière très rapide : on reçoit un public très en difficulté, qui est pas toujours bien connu du milieu médical, qui peut avoir des grosses pathologies. Donc je trouve ça très intéressant et important que le médecin puisse prendre le temps avec le patient. Sauf qu'effectivement du coup ça réduit la possibilité d'inscrire des personnes.
>
> Lise, éducatrice spécialisée à l'accueil de jour, 37 ans

Lise souligne l'écart qui se fait jour entre la qualité du soin assuré par le centre de santé, et la quantité de personnes qui peuvent y être soignées quotidiennement. D'une certaine manière, la tension soulignée plus haut à propos de l'accueil de jour entre mal faire à force de vouloir trop faire, se renverse : il s'agit désormais de ne plus faire assez, à force de vouloir bien faire. Paul Gisan se démarque de ce constat :

> Y'a une saturation, mais c'est pas du fait d'un manque de travail, ou d'un manque de bonne volonté des uns et des autres. Alors là où on doit travailler, c'est voir quels sont nos dysfonctionnements, parce qu'il y en a certainement, et les améliorer : qu'est-ce qu'on peut améliorer ? Quelles sont les pistes ? Mais on travaille très très bien ensemble. Le fait qu'on soit installés ensemble, dans la même maison c'est extrêmement important. Ça nous charge de travail, ce serait plus simple d'être plus loin en se disant : « *y'en a la moitié qui viendront pas, on va être tranquilles* ». Une des voies, certainement qui va se faire, c'est qu'il nous faut un travailleur social… alors pour l'instant c'est une personne en service civique, c'est une solution qui est pas encore suffisante, un travailleur social qui puisse venir, qui puisse être là pour le médecin, et déjà cerner un peu les problèmes. Et voir tout ce qui, au niveau social, peut être réglé par d'autres, et les renvoyer sur d'autres qui vont régler les problèmes, qui vont proposer déjà de régler certains problèmes au niveau social, pour nous laisser, nous, vraiment le travail médical, enfin médico-social, mais… pour nous permettre vraiment de gagner du temps. Ça, je pense que ce sera vraiment la voie. Pour que le médecin puisse vraiment faire son travail.
>
> Paul Gisan, médecin salarié au centre de santé, 63 ans

Paul Gisan explique ici la principale condition pour que « *le médecin puisse faire son travail* », à savoir l'embauche d'un travailleur social spécifiquement dédié au centre de santé. Une hiérarchie implicite se dessine, qui consiste à réaffirmer l'autonomie du travail médical vis-à-vis du travail social. D'autres éléments témoignent de cette hiérarchie implicite : durant les réunions, les situations des personnes soignées par le centre de santé le sont avant celles de l'accueil de jour ; il n'est pas rare que Gisan, seul médecin présent, quitte la réunion dès lors que les dimensions médicales ont été évoquées. De manière générale néanmoins, les échanges réguliers entre professionnels du travail social et professionnels de santé au sein de l'accueil de jour et leur commune préoccupation autour de la saturation du 228 expliquent que les relations

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

observées soient de l'ordre de la coopération. Celle-ci peut néanmoins être synonyme de subordination, comme on aura l'occasion de le voir dans les prochains chapitres.

Conclusion

Consacré à la professionnalisation de l'Abej et de deux de ses dispositifs emblématiques, ce chapitre constitue une transition entre la première partie de cette thèse, qui propose une analyse généalogique, et la seconde, réalisée à partir de l'ethnographie du système de prise en charge. En combinant ces deux visées, on a cherché à montrer que l'étude de la professionnalisation impliquait de diversifier les niveaux et les temporalités d'analyse. On a aussi cherché à mettre en lumière les processus à travers lesquels les bus de la communauté baptiste, qui proposaient un accueil et des soins ponctuels, bénévoles et mis en œuvre dans des conditions qualifiées de « *précaires* », ont pu devenir des dispositifs accueillant et soignant plusieurs milliers de personnes chaque année, reconnus comme des institutions de référence dans le système local de prise en charge. L'Abej offre une étude de cas emblématique de l'affirmation d'une juridiction pluridisciplinaire de la prise en charge des sans-domicile, et permet de mettre en lumière la diversité des processus à l'œuvre dans la professionnalisation de cette prise en charge. L'analyse du « 228 » et des deux dispositifs qu'il abrite permet quant à elle d'identifier plusieurs pistes relatives au travail de prise en charge médico-social des sans-domicile, tout en soulignant que l'accueil inconditionnel induit lui aussi une forme spécifique d'accompagnement. Il implique en effet une coordination étroite entre les professionnels sociaux et médicaux, et induit une socialisation particulière : à rebours des dispositifs qui opèrent une sélection préalable à l'accompagnement ou aux soins, les professionnels rencontrés sont amenés à modifier leurs pratiques et leurs représentations au gré des évolutions conjoncturelles et structurelles qui affectent la prise en charge et la population sans-domicile. « *Portes ouvertes sur la rue* », ils sont aussi des portes d'entrée dans le système de prise en charge, susceptibles de réorienter les usagers qui les fréquentent vers des dispositifs dont les visées correspondent plus directement aux objectifs formels de réinsertion ou de réhabilitation. C'est le cas des dispositifs d'hébergement, qui sont au cœur de la suite de l'analyse.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 4. Héberger et réinsérer. Travail éducatif, socialisation à l'autonomie et accompagnement médico-social

Dans la continuité de l'analyse de la professionnalisation de l'Abej et de son dispositif phare – l'accueil de jour et le centre de santé associé –, ce chapitre est consacré aux dispositifs d'hébergement des personnes sans-domicile, au travail éducatif qui s'y déploie, et aux effets des questions de santé sur l'organisation professionnelle et sur l'accompagnement des personnes qui y sont hébergées. Dans la mesure où l'absence de logement personnel contribue en premier lieu à la définition de la question SDF (Damon 2002a), la fonction d'hébergement occupe une position centrale dans le système de prise en charge contemporain. Elle est la première réponse, d'une certaine manière la plus évidente aussi, apportée à cette question. Dispositif d'aide en nature (Borgetto et Lafore 2013) contrairement à des dispositifs assistanciels financiers ou de solvabilisation tels que le Fonds solidarité logement (FSL) ou les minima sociaux (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé…), l'hébergement est aussi un des lieux où le travail éducatif se déploie sur la durée, de façon diffuse. En proposant aux personnes qui y ont recours une mise à l'abri plus ou moins durable et un accompagnement plus ou moins personnalisé, l'hébergement fournit le cadre et les supports nécessaires à une réaffiliation à la société intégrée – sans pour autant que celle-ci soit garantie (Lanzaro 2013, 2016). Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), créés en 1974, constituent le principal dispositif d'hébergement des personnes sans-domicile. D'autres ont depuis vu le jour afin de diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement (maisons-relais, hébergements médicalisés notamment) d'une population qui s'est elle aussi diversifiée (femmes, familles, migrants). Dans le cadre de l'enquête de terrain, deux CHRS ont été investis simultanément pendant environ cinq mois, entre trois et quatre jours par semaine. Tous deux accueillent des dispositifs médicalisés, justifiant le choix de ces dispositifs par rapport à la problématique de cette thèse.

Dans l'optique de nourrir l'interrogation sur la professionnalisation de la prise en charge des sans-domicile, ce chapitre analyse ces dispositifs d'hébergement et le travail d'accompagnement et de soin qui y est déployé. Plusieurs travaux[112] se sont penchés sur la fonction d'hébergement assurée par les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les Centres d'hébergement d'urgence (CHU). Ils ont mis en lumière les effets sélectifs et normatifs du système d'hébergement (Soulié 1997 ; Marpsat et Firdion 1998 ; Amistani 2001 ;

[112] Pour une synthèse, voir Choppin et al. 2013, pp. 93-99.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Brousse 2005 ; Bruneteaux 2006, 2007), ainsi que les différentes formes de « l'habiter » (Grand 2013, 2015 ; Maurin 2016 ; Loison-Leruste 2016), y compris les plus marginales (Pichon 2002, 2010 ; Gardella et Arnaud 2018). Peu néanmoins se sont attachés à analyser le travail éducatif qui y est mis en œuvre, ses modalités, ses visées et ses effets sur les parcours des personnes sans-domicile (Pichon 1996 ; Bregeon 2008a ; Michalot et Simeone 2013). Une question centrale dans les visées de réinsertion des personnes sans-domicile se trouve dans la réalisation d'un « chez-soi » susceptible de fournir un support moral, social et matériel – voire psychologique – au travail d'accompagnement. Dans leur analyse de référence sur cette question, Pascale Pichon, Élodie Jouve, Katia Choppin et David Grand mettent à jour quatre éléments qui participent, voire conditionnent la formation d'un chez-soi en situation d'hébergement : l'aménagement (décoration, personnalisation de l'espace), l'appropriation (formation d'un espace privé, intime, « à soi »), l'attachement (plus abstrait, désigne les liens aux autres, aux objets, aux temporalités, aux procédures) et l'ancrage (participation à des activités collectives, à des réseaux, voire à la « cité ») (Pichon et al. 2010). Si cette question n'a pas été abordée directement dans cette recherche, on cherchera à la saisir en analysant dans quelle mesure ces dispositifs sont propices à la formation d'un chez-soi au regard de l'organisation des espaces d'habitation et de vie, et du travail d'accompagnement mis en œuvre.

Trois sections sont développées. La première est consacrée à la structuration du système de prise en charge autour de l'hébergement. Comme on a l'a évoqué dans le premier chapitre, c'est avec la création de l'aide sociale en 1953 que des dispositifs d'hébergement voient le jour. Leur accès s'élargit à différentes catégories de populations et se double de mesures d'accompagnement visant à la réadaptation, puis à la réinsertion des personnes hébergées. Au-delà de ce cadrage général, des éléments relatifs à l'organisation des CHRS observés et aux professionnels qui y travaillent sont restitués (section 1). La deuxième section est consacrée au travail d'accompagnement mis en œuvre en CHRS. L'analyse du cadre de travail, de la division des tâches, des représentations et des pratiques des travailleurs sociaux au sein de ces deux dispositifs contribue à mettre en lumière les fondements, les moyens, les obstacles et les visées de l'accompagnement des sans-domicile (section 2). La troisième section est consacrée à la prise en charge de la santé au sein des deux CHRS. Les dispositifs médicalisés qui existent au sein de ces CHRS influent sur l'organisation des CHRS d'une part, et sur la division du travail et la portée des mesures d'accompagnement mises en œuvre d'autre part (section 3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. Héberger, accompagner, reloger. Le travail éducatif dans le secteur de l'exclusion

Cette première section est consacrée aux principales évolutions du secteur de l'hébergement social. Cette section permet de prolonger l'analyse développée dans le premier chapitre en précisant les spécificités du secteur de l'hébergement, autour duquel s'organise la prise en charge des personnes sans-domicile, et qui entretient des rapports ambigus avec le secteur du logement social. Des acteurs similaires (institutions, professionnels, acteurs associatifs…) interviennent, au sein de ces deux secteurs, en vue de fournir un toit ainsi que les supports nécessaires à l'insertion de populations identifiées par leur rapport précaire à l'habitat. Alors qu'ils s'étaient structurés distinctement à partir des années 1950, les secteurs du logement et de l'hébergement tendent à se rapprocher, et à s'articuler de plus en plus étroitement, dans l'optique de former un continuum et un secteur plus général d'habitat social. En dépit de ce rapprochement, l'hébergement demeure, tout au long de la période étudiée, la solution privilégiée de prise en charge des vagabonds, devenus SDF ou sans-abri dans les années 1990. Trois points sont abordés. En premier lieu, on évoque les grandes évolutions qui structurent la politique de l'hébergement à partir de la création des CHRS au milieu des années 1970. C'est à cette époque que l'hébergement et le logement des populations démunies se sont rapprochés à la faveur de la reformulation de la crise du logement en une crise de l'habitat (I). C'est dans ce contexte que la prise en charge se codifie, se structure et se professionnalise : les dispositifs d'accompagnement s'inscrivent dans une organisation dotée d'une cohérence propre, où le travail éducatif joue un rôle déterminant. Dans la seconde moitié des années 2000, la réactualisation du droit au logement fait évoluer la prise en charge (II). Afin de donner corps à ces éléments, on présente dans un troisième temps les principales caractéristiques des CHRS qui ont fait l'objet d'un travail d'observation dans le cadre de l'enquête, ce qui permet également de cadrer formellement l'analyse sociologique du travail d'accompagnement et de soins qui sera développée dans les sections 2 et 3 (III).

I. La politique d'hébergement dans le dernier quart du XXe siècle

Après la guerre, l'urgence de la reconstruction amène l'État à relancer la production de logements. La politique d'hébergement, jusqu'alors portée par des œuvres privées au sein d'hospices pour indigents et d'asiles de nuit (Katz 2015), s'inscrit dans le cadre de la structuration du système de protection sociale. À la distinction des formes d'habitat social correspond celle des publics pauvres éligibles : le secteur de l'hébergement se destine d'abord

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

à des populations dont la pauvreté est assimilée à des formes de déviances sociales ; à l'inverse, le logement social est réservé aux classes laborieuses ou aux invalides. Cette distinction reste valable jusqu'aux années 1970. À partir de cette date, on observe une porosité croissante des politiques d'action sociale et du logement, qui va en s'accentuant au cours des années 1980 : tout en se structurant, l'hébergement s'affirme comme un sas, voire comme une condition, à l'accès au logement (1). Médias aidant, la figure du « SDF » se déploie dans l'imaginaire collectif (Damon 2002c) et devient une facette emblématique de la nouvelle pauvreté qui justifie une prise en charge spécifique : le secteur de l'hébergement, tout en ayant une cohérence propre, s'inscrit dans un champ élargi de l'habitat social (2).

1. La consolidation du secteur de l'hébergement (1970-1980)

Le premier chapitre de cette thèse a permis de restituer à grands traits la structuration de l'État social en France et le lent glissement de la prise en charge du vagabondage d'un paradigme répressif à un paradigme assistanciel. Les années 1970 marquent une forme « d'apogée » de la politique sociale française (Autès 1999), apogée qui par définition précède son déclin. Celui-ci se traduit par une reconfiguration de la place et du rôle que se donne l'État dans le social et dans l'économie (Jobert 1981 ; Bezes 2009). De façon presque paradoxale, c'est à ce moment que le secteur de l'hébergement contemporain amorce sa structuration, avec la création des CHRS en 1974 (Alfandari et Maurel 1996; Bregeon 2008b). Il est alors question de « *réadaptation sociale* », celle-ci étant de plus en plus encadrée à travers la promotion d'ateliers de remise au travail, mais aussi avec la création de passerelles vers le secteur du logement social (Ballain et Maurel 2002). L'année suivante, la loi sur les institutions sociales et médico-sociales modifie le mode de création des établissements qui relèvent de ce statut, en imposant une autorisation *a priori* par les pouvoirs publics alors qu'il s'agissait jusqu'ici d'une homologation *a posteriori* (Bauduret et Jaeger 2005). Un contrôle est donc exercé sur les projets de création des structures alors que celui-ci était jusqu'alors opéré sur les pratiques effectivement en cours au sein des centres d'hébergement. La loi de 1975 suggère qu'au moment où elle est promulguée, les pouvoirs publics ont une vision relativement précise de ce qui est attendu d'une structure en termes d'organisation et de visées éducatives pour que celle-ci soit créée. Henri Bergeron a observé un mouvement similaire dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie : après la décennie d'expérimentation (1970) qui a vu la création de structures très différentes dans les pratiques professionnelles qui y prévalaient, dans les objectifs formels de leur existence et des mesures d'accompagnement proposées, et dans les systèmes de valeur revendiqués, les années 1980 marquent la constitution d'un secteur relativement autonome, codifié et théorisé, lié notamment à la montée en puissance de la psychanalyse comme pratique professionnelle de référence (Bergeron 1999).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Dans le cas de l'hébergement, le calendrier est à peu près similaire. On l'a dit, le système d'hébergement amorce sa structuration en amont de la création des CHRS et des institutions sociales et médico-sociales. Néanmoins, avant les années 1970, les pratiques professionnelles ne sont pas ou faiblement codifiées. La politique d'hébergement s'inscrit en fait dans la continuité des pratiques assurées depuis longtemps par les œuvres charitables, ayant développé une certaine expertise dans la prise en charge des publics pauvres (Katz 2015 ; Brodiez-Dolino 2018). Le décret d'application de la loi, publié en 1976, fait de l'absence de logement le premier critère de définition du public accueilli au sein des CHRS (1976) : l'hébergement s'affirme comme une solution aux problèmes liés au logement**.** Cette évolution est d'ailleurs renforcée par la politique qui cible explicitement le logement. En effet au même moment, l'État redéfinit son action dans le secteur du logement à l'issue de la commission Barre de 1977, en cessant les aides à la pierre, c'est-à-dire à la construction, et en privilégiant les aides à la personne, pour solvabiliser les individus et promouvoir l'accès à la propriété dans l'optique de façonner un marché du logement (Bourdieu et Christin 1990). De façon plus générale, alors que les secteurs de l'hébergement et du logement social s'étaient structurés de façon indépendante depuis l'après-guerre, leur délimitation se brouille par la création de dispositifs hybrides, par lesquels l'aide et l'action sociale et les professionnels qui les mettent en œuvre investissent le logement. Les actions mises en œuvre pour lutter contre l'insalubrité (circulaires de 1971 et 1972) et les Actions socioéducatives liées au logement (ASEL, 1979) se situent à la frontière de l'aide sociale et du logement (Ballain 2000). En 1976, une circulaire renforce en les finançant les actions socioéducatives menées dans le parc social ; à partir de 1977, des modes d'intervention communautaire à l'échelle de quartiers ou de sous-quartiers se développent avec les programmes « Habitat et vie sociale », préfigurant le type d'actions menées aujourd'hui dans le cadre de la politique de la ville (Tissot et Poupeau 2005).

À première vue éloignées de l'hébergement, ces initiatives traduisent en réalité l'investissement croissant des professionnels du travail social dans le secteur de l'habitat : si les « *visiteuses* », infirmières ou assistantes de service social, allaient déjà au sein des foyers ouvriers afin d'assurer leur « *redressement moral* » (Donzelot 1977 ; Verdès-Leroux 1978), la diversité des mesures d'action sociale mises en œuvre à partir des années 1970 signale l'élargissement des prérogatives du travail social et son affirmation en tant que groupe professionnel (Ion et Tricart 1985). Finalement, l'articulation croissante des dispositifs d'intervention sociale aux questions du logement et de l'urbanisme traduit la reformulation des termes du débat sur l'habitat des populations pauvres : avec plus de 7 millions de logements créés en 20 ans, l'enjeu se déplace d'un déficit structurel de logements à l'insolvabilité de leurs occupants, de plus en plus souvent assimilée à une inaptitude individuelle à y vivre. À la crise du logement se substitue peu à peu celle de l'habitat, caractérisée par un accès difficile au logement et par la précarisation des modes de vie de leurs occupants (Dietrich-Ragon 2011).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

L'articulation renforcée entre les secteurs de l'hébergement et du logement contribue à ce que ce dernier s'impose comme l'aboutissement des parcours d'hébergement, tendance qui se renforce dans les décennies suivantes. Entre 1980 et 2010, les dispositifs se multiplient, promus par le déploiement des politiques d'insertion. La situation économique concourt à la multiplication des situations de pauvreté et amène à repenser l'intégration socio-économique par le travail. Un découplage s'observe entre l'emploi et le logement, le difficile accès au premier ne garantissant plus le second : la norme logement s'autonomise vis-à-vis de la norme travail et tend à s'imposer comme premier critère d'intégration (Bresson 1997).

Dans ce contexte, deux mouvements étroitement liés contribuent à la reconfiguration du secteur de l'habitat social. D'une part, des droits liés à l'habitat sont progressivement reconnus. En 1982, la loi Quilliot encadre les rapports entre locataires et bailleurs, et reconnait un « *droit fondamental à l'habitat* ». Celui-ci devient un « *droit fondamental au logement* » en 1989, puis un « *devoir de solidarité nationale* » un an plus tard avec le vote de la loi Besson, qui instaure une obligation de moyens en vue de garantir le droit au logement (Houard 2008 ; Weill 2017). En 1994, la loi relative à l'habitat reconnait dans l'hébergement un type particulier d'habitat et organise sa planification, tandis que la loi de lutte contre les exclusions (1998) en appelle à une meilleure mise en œuvre du droit au logement. D'autre part, diverses mesures sont mises en œuvre afin de faciliter l'accès des plus pauvres, dont les sans-domicile, à l'habitat. Des dispositifs de solvabilisation sont créés (revenu minimum d'insertion, RMI, 1988 ; fond de solidarité pour le logement, FSL, 1990) ainsi que des modalités d'accès prioritaire au logement : le Plan départemental pour le logement des personnes défavorisées (PDLPD, 1990) répartit entre acteurs du pouvoir local des contingents de logements sociaux réservés aux personnes en difficulté sociale. Le déploiement des politiques d'insertion par le logement favorise également la prise en charge hors les murs des publics hébergés (Ballain et Maurel 2002) : des logements sociaux avaient déjà été mis à disposition des associations gestionnaires de CHRS dans les années 1980 et ce mouvement s'accentue dans les années 1990 avec l'Aide au logement temporaire (ALT, 1991), qui fournit une source de financement précieuse aux acteurs associatifs. Destinés à des personnes peu solvables mais capables de vivre seules, les hébergements « *en diffus* » se veulent une étape intermédiaire entre hébergement collectif et logement autonome susceptible de faciliter le passage de l'un à l'autre. Enfin, de nouveaux dispositifs voient le jour avec les résidences sociales (1994) et les pensions de famille (1997) qui deviennent les maisons-relais (2002). Destinées pour les premières aux ménages ayant des difficultés socio-économiques à accéder à un logement et pour les secondes aux personnes isolées et marginalisées, ces dispositifs développent une visée socioéducative renforcée de l'hébergement de long terme, et constituent, dans les faits, une forme de logement accompagné pour des personnes dont les travailleurs sociaux doutent de la capacité à vivre en autonomie (Lévy-Vroelant 2000). Mises en œuvre et parfois conjointement financées par les ministères

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des Affaires sociales et du Logement, ces mesures ont vocation à faciliter le passage de l'hébergement au logement. En réalité, ces dispositifs tendent à pallier l'accès de plus en plus sélectif au logement social, et constituent une forme d'hébergement collectif, n'ayant de temporaire que le nom (Aballéa 1993).

2. La question SDF dans la politique d'habitat social (1980-2000)

Cette restructuration de l'action publique liée à l'habitat s'opère d'abord de façon autonome, puis étroitement liée, à la question spécifique du vagabondage. C'est au milieu des années 1980 que ce tournant a lieu. La visibilité croissante des sans-domicile fixe incite les pouvoirs publics à intervenir de manière de plus en plus ciblée (Damon 2002a). La principale réponse apportée à la question SDF est l'urgence sociale. Celle-ci s'institutionnalise avec les plans pauvreté-précarité des hivers 1983 et 1984, puis le développement de centres d'hébergement d'urgence (CHU) à Paris en 1985-1986, pour aboutir à la création du Samu social par Xavier Emmanuelli en 1993 (Cefaï et Gardella 2011; Gardella 2014a). La Planification de l'hébergement d'urgence (PDHU, 1994) et la création de 10 000 logements d'extrême urgence (plan Périssol, 1995) confirment le parti pris de l'urgence pour répondre à la question SDF. En 1998, la loi d'orientation contre les exclusions confère un cadre juridique à l'urgence sociale et aux nombreux dispositifs qui s'y rattachent (service d'accueil et d'orientation, veille sociale, numéro unique du 115…). Par son fonctionnement (temporalités courtes, faible encadrement, inconditionnalité de l'accueil) et son rôle (proposer un abri ponctuel, protéger), elle s'impose de fait comme un mode de prise en charge destiné à des individus ayant des difficultés à se maintenir dans des hébergements plus encadrés, et plus encore à accéder au logement. Son développement contribue en outre à la restructuration du secteur de l'hébergement : obéissant d'abord à un fonctionnement saisonnier, l'urgence sociale s'affirme peu à peu comme incontournable et a vocation à s'articuler étroitement aux dispositifs existants (Gardella 2014a). Un parcours institutionnel se dessine, où l'urgence sociale incarne une médiation entre la rue et les parcours d'insertion déployés dans les dispositifs d'accompagnement de moyenne et longue durées, et qui sont supposés mener au logement autonome ou à l'emploi.

Cette articulation est renforcée par le repositionnement d'acteurs associatifs en matière d'habitat social. Les actions d'associations de lutte contre la pauvreté (Emmaüs, ATD Quart-Monde), caritatives (Armée du Salut, Cimade, Secours Catholique), ou militantes engagées dans la lutte pour le droit au logement (Comité des Mal-Logés, Droit au logement) convergent vers la défense de l'habitat des démunis (Havard Duclos et Nicourd 2005 ; Péchu 2006 ; Brodiez-Dolino 2008 ; Weill 2017). Emmaüs est un exemple emblématique de ce

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

repositionnement : initialement engagée sur la question du logement des pauvres, l'association connait un renouveau en s'investissant dans de nombreuses structures d'accueil et d'hébergement entre 1980 et 1990 (Brodiez-Dolino 2008). Avec la création de la Fondation Abbé Pierre (FAP) en 1987, l'association acquiert un rôle d'innovateur social et de porte-parole. Dans ses rapports, la FAP met en lumière le problème croissant du mal-logement, en l'articulant de plus en plus étroitement à celui de l'absence de logement. Cette logique se poursuit avec la création en 1992 du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD) à l'initiative de l'Abbé Pierre (Houard 2012b). Si Louis Besson, à l'origine de la loi de 1990, en est le premier président, c'est Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu social, qui prend sa relève à partir de 1997, nomination qui contribue à rapprocher les différents pans de l'habitat social. Dans ses rapports annuels, le HCLPD adresse diverses thématiques : spécificité de la situation de certaines populations (SDF ou migrants), nécessaire amélioration des modalités d'accès au logement, renforcement des liens entre hébergement et logement… Surtout, dès 1995, il en appelle à une plus grande effectivité du droit au logement, en évoquant notamment la nécessité d'instaurer une obligation de résultats (HCLPD 1995, 2002, 2003). L'opposabilité du droit s'affirme progressivement comme une revendication forte des différents acteurs du champ (Houard 2012a, 2012b ; Weill 2017). Pourtant, et en dépit de l'affirmation formelle d'une primauté du logement comme mode d'habitat pour tous, c'est l'hébergement qui parait s'imposer comme la solution privilégiée à apporter à la question SDF.

II. Héberger ou reloger ? D'un paradigme à l'autre

L'inscription durable de la question SDF à l'agenda public est l'élément déterminant de la structuration du système de prise en charge et de sa professionnalisation. C'est à partir de ce moment que les acteurs publics cherchent à redonner ou à expliciter la cohérence générale d'initiatives par ailleurs largement éparses, qui amènent Julien Damon à envisager l'ensemble du système institutionnel et professionnel de la prise en charge comme un « *complexe bureaucratico-assistanciel* » aussi peu lisible qu'efficace (Damon 2002a, p. 178). Au moment même où Damon publie cette critique, la politique d'hébergement parait se stabiliser, avec difficulté néanmoins : alors que de nombreux dispositifs ont été créés depuis vingt ans, les pouvoirs publics cherchent à clarifier le sens donné à leurs actions (1). La mobilisation des Enfants du Canal intervient néanmoins peu de temps après cet effort de clarification, et contribue à une reformulation de la question SDF, notamment avec le déploiement d'un nouveau paradigme qui, formellement au moins, met l'accent sur l'accès au logement des personnes sans-domicile (2).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. La délicate stabilisation de la politique de l'hébergement

Un indice de cet ancrage et de la reconnaissance du problème public du sans-abrisme (Gusfield 1981; Gardella 2014a) s'observe avec le déploiement, à partir du milieu des années 1990, d'études statistiques sur la question SDF. On l'a évoqué dans le premier chapitre, celle-ci connait, selon l'expression de Pascale Pichon, une « double apparition » dans l'espace public et dans l'espace académique (Pichon 2008 ; Pichon, Marpsat, et Firdion 2008). Avec son inscription dans un paradigme assistanciel, le dénombrement des sans-domicile, objet de débats pluriséculaires (Damon 2002b, 2003, 2014 ; Marpsat 2008), devient un enjeu de connaissance et de gouvernement (Brousse 2005). Deux types d'enquêtes peuvent être identifiées. Le premier type regroupe des enquêtes qui visent à évaluer le nombre de personnes sans-domicile elles-mêmes : il s'agit des enquêtes les plus connues, celles initiées par l'Ined puis l'Insee au début des années 2000. Le second type d'enquêtes porte non plus sur la « *demande* » mais sur « *l'offre* » : il s'agit de connaitre l'ampleur des solutions existantes pour répondre à la question SDF. L'enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) permet de mettre en lumière les évolutions que connait le système d'hébergement (tableau 4.1).

Tableau 4.1 : évolution du champ et des nombres de places recensées par l'enquête ES.

	ES1997	**ES2004**	**ES2008**	**ES2012**	**ES2016**
CHRS	30 750	31 100	41 150	41 000	45 000
« Autres centres d'accueil[113] »	5 400	20 400	12 000	18 400	32 100
Accueils mères-enfants	3 900	4 400	5 100	6 300	6 200
Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)	**hc[114]**	14 600	21 100	21 500	35 100
Centres provisoires d'hébergement (CPH)	**hc**	1 200	1 400	1 600	1 800
Maisons-relais et résidences sociales	**hc**	1 500	4 600	10 500	14 400
Dispositif d'accueil d'urgence des demandeurs d'asile	**hc**	**hc**	**hc**	2 000	5 700
Total	40 050	73 200	85 350	101 300	140 400

Source : Enquêtes ES 1997, 2004, 2008, 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

[113] Les « autres centres d'accueil » regroupent les centres non conventionnés au titre de l'aide sociale, c'est à dire non reconnus et financés par la puissance publique au titre de l'aide sociale. Les places des centres d'hébergement d'urgence, financés par une ligne budgétaire spécifique, y sont décomptées.

[114] Hc = Hors champ.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Significativement, l'enquête ES 1997 ne prend pas en compte les résidences sociales ni les maisons-relais au motif qu'elles relèvent du logement accompagné plutôt que de l'hébergement. Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) et les centres provisoires d'hébergement (CPH) ne sont pas non plus pris en compte[115]. L'enquête ES2004 intègre tous ces dispositifs, hormis les résidences sociales, qui sont finalement décomptées dans l'enquête ES2008. D'autre part, l'enquête permet d'observer les types de prise en charge privilégiés. L'élargissement du champ des études entraine une hausse mécanique du nombre de places recensées : leur total passe de 40 000 à 73 200 entre 1997 et 2004. La hausse est ensuite plus lente : plus de 85 300 places sont recensées en 2008 et 101 000 en 2012. En 2016, ce nombre atteint 140 400, la forte hausse étant principalement liée à celle du nombre de places dans les « autres centres d'accueil », qui sont des centres non reconnus comme relevant de l'aide sociale par la puissance publique. L'évolution du type de places existantes est en elle-même révélatrice : alors que les places en CHRS représentent près de 77 % des places recensées en 1997, elles ne représentent plus que 41 % du total en 2012, et 32 % en 2016. À l'inverse, la part des places en maisons-relais passe de 2 % des places recensées en 2004 à plus de 10 % en 2012. Les enquêtes ES ne dénombrent pas les hébergements médicalisés, dont la création formelle intervient dans le courant des années 2000. En 2005, les Lits-halte soins santé (LHSS) sont créés, reprenant l'initiative des lits infirmiers, imaginée en 1993 par Xavier Emmanuelli lorsqu'il travaillait à Nanterre (voir chapitre 2). Les LHSS proposent un hébergement d'une durée de deux mois dans le cadre duquel s'opère un travail d'accompagnement social et de soins. En 2009, une première évaluation du dispositif souligne sa pertinence en termes d'accès aux soins des sans-domicile, mais aussi ses limites, notamment en termes de décalage entre la durée d'hébergement relativement courte proposée et les types de pathologies qui affectent les personnes hébergées, nécessitant un accompagnement de moyenne voire de longue durée[116]. L'évaluation souligne également un problème majeur au niveau des sorties du dispositif, notamment la faible articulation entre l'hébergement médicalisé et l'hébergement social, qui contraint les personnes hébergées à retourner à la rue ou à trouver des solutions par leurs propres moyens. En 2012, un nouveau rapport confirmera l'essentiel de ces constats (Picon et al. 2013). C'est dans cette optique que sont créés les Lits d'accueil médicalisés (LAM), qui proposent un hébergement médico-social proche des LHSS, mais d'une durée plus longue, notamment parce qu'ils se destinent en premier lieu à des personnes atteintes par des pathologies chroniques, nécessitant par conséquent un suivi régulier et inscrit dans la longue durée (Coulomb 2016).

[115] Les CADA s'adressent aux demandeurs d'asile, tandis que les CPH s'adressent aux réfugiés statutaires, beaucoup moins nombreux. Les CPH sont créés en 1973, les CADA en 1991.

[116] Il n'a pas été possible de trouver le rapport complet de cette évaluation. On se réfère par conséquent aux éléments de synthèse disponible sur le site du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). Voir en ligne : https://www.cnle.gouv.fr/les-lits-d-accueil-medicalises-lam.html, consulté le 2 juin 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tout en mettant en évidence l'ampleur de l'hébergement, ces études soulignent son atomisation et la diversité des modes de prise en charge. La multiplication des dispositifs nourrit l'impression d'un « *caractère éclaté, et à certains égards baroque, du système de prise en charge* » (Damon 2002a, p. 190). Dans son 10ème rapport annuel consacré à l'hébergement d'urgence et publié en 2004, le HCLPD, souligne que « *l'on a vu se développer depuis vingt ans des outils dont on ne sait pas toujours s'ils relèvent du logement ou de l'hébergement* » (HCLPD 2004, p. 5). Plusieurs processus visent à restituer la cohérence de ce système et les articulations qui le structurent. C'est dans cette optique que s'opère un recours croissant à la planification, principalement à l'échelle du département, compétent en matière d'action sociale depuis les lois de décentralisation (Lafore 2004) : plan départemental d'insertion (PDI, 1988), pour le logement des personnes défavorisées (PDLPD, 1990), d'hébergement d'urgence (PDHU, 1994), les plans se multiplient, auxquels s'ajoutent les schémas départementaux de 1ère et 2ème génération (1999). La loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui prévoit un contrôle accru des besoins et des créations de nouvelles structures ainsi qu'une évaluation plus stricte des actions menées au sein de celles-ci, renforce encore cette logique (Bauduret et Jaeger 2005). Enfin le plan de cohésion sociale de 2004 s'inscrit dans cette tendance à la planification et aboutit à la loi de programmation pour la cohésion sociale (2005). C'est également en 2005 qu'est publié le référentiel national des prestations d'accueil hébergement et d'insertion (AHI), qui contribue à définir véritablement l'organisation de la prise en charge des sans-domicile. Ce référentiel entreprend « *une démarche de labellisation des différents dispositifs* », « *un travail de clarification des différentes prestations* », ainsi « *qu'une meilleure définition des prestations et des conditions de leur mise en œuvre* ». Dans ce document, le logement est peu présent mais lorsqu'il l'est, c'est en tant que finalité des parcours d'accompagnement, au même titre que l'emploi, la santé, l'accès aux droits ou à la culture : il apparait clairement comme un objectif et un aboutissement des parcours d'accompagnement. La dimension évolutive de l'AHI est nettement visible dans le référentiel, qui a vocation à s'imposer comme un texte de synthèse du système de prise en charge des sans-domicile, fondé sur l'hébergement.

Cette démarche de clarification implique néanmoins d'énoncer clairement le rôle propre des différents dispositifs. Entre l'urgence, secteur ouvert, faiblement sélectif voire inconditionnel et qui propose des prestations de premier ordre, et l'insertion, secteur fermé qui représente un bien rare au vu de la sélectivité de ses places et de ses modalités de fonctionnement, l'hébergement est ainsi un univers fortement segmenté (Soulié 1997 ; Marpsat, Firdion, et Delarue 2000 ; Brousse 2006). Cette segmentation traduit un fonctionnement centré sur la mise en œuvre et le bon déroulement de l'accompagnement socioéducatif. Le degré d'exigence vis-à-vis des demandeurs varie selon les types d'hébergement proposés : des contraintes plus ou moins lourdes pèsent sur ces dispositifs, et tendent à s'accroitre à mesure

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

que le type d'hébergement proposé est réputé se rapprocher du logement. Ces contraintes sont produites par la combinaison de critères objectifs repris dans le cadre des enquêtes ES, tels que la composition du ménage (personne isolée ou famille), le statut juridique (nationalité, situation administrative), les ressources et la solvabilité des individus, l'âge, le sexe ; et de critères plus subjectifs tels que le comportement, le degré d'autonomie, la capacité à s'en sortir, la volonté de s'en sortir… Elles produisent une hiérarchisation double : des modes d'accompagnement et des personnes qui en bénéficient, ces dernières étant catégorisées à partir de leurs ressources et de leur capacité à s'en sortir (Soulié 1997). La publication du référentiel AHI consacre ainsi un parcours fondé sur le travail éducatif d'insertion, et qui aboutit au logement. Ce parcours type est identifié par les associations comme un « *modèle en escalier* » (FNARS 2011), image qui illustre l'idée de paliers nettement identifiés dont le passage est conditionné à des réussites, des évolutions et des progressions dans la situation des hébergés. Néanmoins, cette image suggère également des effets de seuils d'un dispositif à l'autre, notamment pour les dispositifs les plus sélectifs ou ne proposant qu'un faible nombre de places.

2. Vers un nouveau paradigme ?

Peu de temps après sa publication, qui avait pour ambition de clarifier le système de prise en charge, le référentiel AHI et les modalités d'accompagnement qu'il organise sont remis en question à travers la mobilisation des enfants du Canal (voir introduction de cette thèse, Bruneteaux 2013 ; Cefaï et Gardella 2011). Celle-ci remet la question SDF sur le devant de la scène publique et sur l'agenda politique. Elle est désormais nettement identifiée comme une forme archétypique de la crise du logement : la principale mesure à laquelle la mobilisation aboutit, la plus publicisée et la plus emblématique à tout le moins, est le vote de la loi reconnaissant le Droit au logement opposable (DALO). Cependant, avant même cette loi à la forte portée symbolique mais dont Pierre-Édouard Weill a restitué les nombreux contournements (2017), un Plan d'action renforcée pour les sans-abri (PARSA) est signé le 8 janvier 2007 et prévoit deux grandes mesures, outre la mise en œuvre du droit au logement opposable. D'une part, la poursuite et l'amplification de l'effort sur l'offre de logement social (et notamment le logement très social) ; d'autre part, le changement radical des temporalités de l'accueil avec la multiplication des places de logement accompagné et la transformation des places d'urgence en places dites de « *stabilisation* ». Ces places visent surtout à donner du temps de repos, faiblement contraint, à des personnes dont les trajectoires oscillent entre carrière de rue et courts séjours en institutions. L'hébergement de stabilisation doit ainsi mettre fin au *turnover* qui caractérise l'hébergement d'urgence, les personnes qui y sont hébergées ne l'étant que pour quelques nuits (Gardella 2014c, 2016b). Pour Daniel Cefai et Édouard Gardella, « *un coup de butoir est donné à l'urgence sociale* » (2011, p. 555), alors que celle-ci

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

s'était imposée, depuis le milieu des années 1990, comme la principale réponse, la plus ciblée en tous cas, à la question SDF. La loi introduit également le droit à l'hébergement opposable (DAHO) et le principe de continuité de l'hébergement, qui interdit la remise à la rue sans solution des personnes hébergées : l'inconditionnalité de l'accueil est évoquée et confirmée par le vote de la loi de Mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (MOLLE) en 2009, constituant l'aboutissement du lent élargissement des catégories ayant accès à l'hébergement, entamé en 1953 (Gardella 2014b). Les critiques au référentiel AHI portent plus généralement sur son coût (Cour des comptes 2007) et son inefficacité (FNARS 2007, 2011) : les associations notamment dénoncent l'embolie du système d'hébergement, la pénurie de places qui en résulte et l'inadaptation de certains dispositifs. L'AHI est jugé inadapté tant pour un public fortement marginalisé que pour des individus identifiés comme « aptes » à vivre en logement autonome du fait des nombreux effets de seuil qui le caractérisent. L'embolie du système est mise en lumière par le nombre relativement faible de sorties de l'AHI vers le logement et par la sélectivité opérée auprès des candidats (Lanzaro 2013 ; Bourgeois 2013).

À la suite du PARSA, plusieurs textes appellent à repenser l'accès au logement des populations défavorisées. De statuts divers (rapports publics, privés, lois, décrets), ils ont en commun d'affirmer la nécessité de prioriser, tant que cela est possible, le (re)logement des personnes qui en sont privées (Pinte, Rougier, et Chambaud 2008 ; Rougier 2009 ; Lanzaro 2013). Dans ces textes, le logement a vocation à se substituer à l'hébergement et aux prises en charge de court-terme. L'hébergement de long terme, et plus encore le logement accompagné, sont ainsi renforcés. En 2007, la Cour des Comptes souligne les avantages financiers des maisons-relais et des résidences sociales (Cour des comptes 2007). La même année, dans le rapport issu d'une conférence de consensus des acteurs associatifs, ces derniers réitèrent leur demande de développer des solutions de relogement rapide par l'augmentation de l'offre de logement et par la création de dispositifs d'accès à celui-ci (FNARS 2007). En 2008 est lancé le chantier national prioritaire pour le logement et l'hébergement des personnes sans-abri et mal-logées. Dans ce contexte, la reformulation de la question de l'accès au logement des sans-domicile s'accélère. En 2009, est annoncée la politique de « *refondation de la politique d'hébergement et d'accès au logement* ». Celle-ci exprime la volonté de faire de l'hébergement et du logement un service public, avec tout ce que ce statut engage, notamment du point de vue de l'égalité et de la continuité, et de la place accordée à l'usager (Lafore 2016). C'est dans cette optique qu'est créée en 2010 la Direction interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement (DIHAL) : cette création entérine institutionnellement l'articulation des politiques et dispositifs de l'hébergement et du logement. La proposition la plus emblématique de la DIHAL est la promotion du paradigme du « *logement d'abord* ». Ce type de prise en charge s'est développé aux États-Unis puis au Canada dans les années 1990. Aux États-Unis, il s'inscrit dans le contexte de débats académiques sur le nombre de personnes sans-domicile, sur leur

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

fréquentation des foyers d'hébergement dont la création et le développement diffèrent de leur formation en France (Hopper 2003), mais aussi sur les liens entre l'absence de logement et la santé mentale des personnes dans cette situation (Snow et al. 1986; 1988; Wright 1988). Expérimenté à New York, le *housing first* est d'abord destiné à des personnes vivant dans la rue et fortement marginalisées parce qu'atteintes de troubles psychiques (Tsemberis, Gulcur, et Nakae 2004). Le relogement doit ainsi permettre un suivi médical et psychologique régulier des personnes anciennement sans-domicile.

L'importation du modèle du logement d'abord a lieu en France par deux biais. D'une part, le modèle est soutenu par l'Union européenne et la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA). Les processus d'harmonisation des politiques nationales et notamment sociales doivent permettre la diffusion de bonnes pratiques parmi les États membres (Bruno 2010) : ainsi, le succès du « logement d'abord » parmi certains de ces États membres (Finlande, Danemark) dans la lutte contre l'exclusion amène à faire de ce modèle une priorité à mettre en œuvre en France. D'autre part, le logement d'abord est popularisé en France par un rapport sur la santé des personnes « *sans chez-soi* » (Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010). Tout en reconnaissant les différences structurelles entre la France et l'Amérique du Nord, les auteurs du rapport en appellent à l'expérimentation des principes directeurs du logement d'abord : ce sera chose faite avec le programme « *Un chez soi d'abord* », expérimenté dans quatre villes françaises pendant cinq ans[117]. Au-delà de cette expérimentation, le logement d'abord se veut l'axe structurant de la refondation des politiques d'hébergement et de logement des personnes mal-logées ou sans-abri. Le but de ce nouveau modèle est de permettre les passages directs de la rue au logement, sans passer par les paliers institués de l'AHI, lorsque cela est possible. En 2012, un nouveau référentiel national des prestations d'habitat est publié par la DIHAL : il s'agit d'un ouvrage double, composé d'un référentiel des prestations AHI, et d'un référentiel des prestations d'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) : gestion locative sociale, intermédiation locative, baux glissants... Ce nouveau référentiel cesse de considérer l'accueil-hébergement-insertion comme le principal système de prise en charge des personnes sans-domicile :

> Chaque fois que cela est possible, l'accès direct au logement ordinaire (le cas échéant avec le soutien d'un accompagnement social spécialisé) ou au logement intermédiaire (résidences sociales, maisons relais, logements captés en intermédiation locative, résidences hôtelières à vocation sociale) doit être privilégié par rapport à une orientation vers l'hébergement. Le principe est qu'il n'y a pas de passage obligatoire par l'hébergement (structure collective ou statut d'hébergé), sauf à ce que la situation de la personne le justifie. Préambule du *Référentiel national des prestations du dispositif « accueil hébergement insertion »*, p. 8.

[117] Pour une description, voir la documentation disponible sur le site de la DIHAL, https://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal, consulté le 23 mai 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Désormais, l'accompagnement des personnes privées de logement est supposé s'inscrire aussi souvent que possible dans le modèle du logement d'abord, où l'installation dans un logement est le point de départ d'un parcours de réinsertion « *hors les murs* ». Plus généralement, les sorties de l'hébergement vers le logement sont encouragées et divers dispositifs d'intermédiation locative, dans lesquels des structures associatives sous-louent des logements aux personnes qu'elles accompagnent, sont créés (Lanzaro 2014). Au moment de l'enquête néanmoins, la priorité formelle du logement d'abord sur la prise en charge AHI était loin d'être avérée. Les premiers rapports visant à évaluer les effets de la mise en œuvre de ce paradigme soulignent qu'en dépit de l'accent formellement mis sur l'accès au logement de tous, le début des années 2010 a surtout vu « *un retour d'une politique "urgentiste", allant à l'encontre de l'approche logement d'abord* » (Ginebre, Lot, et Rickey 2017, p. 32). Plus fondamentalement, le 20ème rapport du HCLPD consacré au logement d'abord souligne que deux logiques guident la mise en œuvre de ce paradigme : une logique politique inspirée des expériences étrangères et des initiatives associatives locales ; une logique gestionnaire, « *encadrée par le ministère des finances [qui] a pour seul objectif la réduction des coûts de l'hébergement, le plus rapidement possible, quels que soient les dégâts sociaux et humains engendrés* » (HCLPD 2018, p. 3). De fait, très peu de temps après sa mise à l'agenda politique, les associations qui avaient été les premières à demander des mesures privilégiant le logement sur l'hébergement, ont dénoncé les visées financières guidant cette mise en œuvre (FNARS 2011). Au moment de l'enquête, les professionnels rencontrés paraissaient sceptiques quant à sa mise en œuvre, et certains n'en avaient jamais entendu parler. De sorte que cette question, en dehors de ces quelques pages et dans la perspective d'une analyse de la structuration des politiques d'accès à l'habitat des personnes sans-domicile, a été laissée de côté, pour mieux analyser le travail réalisé dans le cadre du système qui s'est structuré au cours des 40 dernières années[118].

[118] Pour davantage d'éléments d'analyse quant à cette question, on renvoie aux thèses en cours de Julien Levy et Lola Vivès, consacrées au « logement d'abord », respectivement sous l'angle du recours aux droits et du programme « Un chez-soi d'abord ».

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. L'hébergement au quotidien : le « *chez-soi* » entre insertion et contrôle social

Après avoir restitué la sociogenèse de la politique d'hébergement, c'est le fonctionnement au quotidien des dispositifs qui l'incarnent qu'il convient d'analyser. Cette analyse s'appuie sur l'étude de deux Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Il s'agit d'expliciter en quoi consistent la fonction d'hébergement, les mesures d'accompagnement et plus largement le travail éducatif mis en œuvre au sein des deux CHRS investis. Dans les deux CHRS, les effectifs de population accueillie sont proches, et l'on observe une même distinction des modes d'accompagnement proposés, ou encore la même revendication d'un accueil inconditionnel des personnes en demande d'hébergement. En restituant de façon transversale les pratiques en vigueur dans les deux CHRS, on cherche à analyser les interprétations, en situation, des politiques d'hébergement et d'insertion décrites dans la première section. En cela, on s'inscrit dans une sociologie qui s'inspire des travaux sur la *street-level bureaucracy* (Lipsky 1980) et de l'ethnographie des politiques publiques (Spire 2005, 2008 ; Dubois 1999, 2009, 2012), en l'articulant à une analyse du travail, de son organisation et des divisions qui le structurent (Avril, Cartier, et Serre 2010). Dans cette optique, les deux CHRS et les professionnels qui y travaillent sont envisagés à la fois comme des récepteurs et des vecteurs de l'action publique (Evans et Harris 2004 ; Laurens et Serre 2016). Tout au long de cette section, on met en lumière les représentations et les pratiques relatives à l'accompagnement des personnes hébergées qui prévalent dans les deux CHRS, toujours dans l'optique d'analyser la professionnalisation de la prise en charge. La première partie est consacrée à l'analyse de l'organisation spatiale et temporelle des deux CHRS et permet de souligner les ambiguïtés qui se font jour au sein de dispositifs qui oscillent entre organisation collective des espaces et des rythmes de vie et promotion des supports d'individuation des résidents (I). Une fois ce cadre présenté, on analyse le travail d'accompagnement mis en œuvre au sein des CHRS. Une division morale et sociale du travail éducatif structure la prise en charge, entre des tâches inscrites dans un travail relationnel qui est valorisé par l'ensemble des professionnels des deux CHRS et un travail administratif qui s'inscrit dans un souci d'évaluation croissante de justification et d'évaluation des mesures mises en œuvre (II). Afin de conclure cette section, on montre finalement que les logiques intégratives et coercitives du travail social, plutôt que de s'opposer frontalement, s'articulent étroitement dans le travail éducatif mis en œuvre au sein des CHRS (III).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

I. L'organisation spatio-temporelle des CHRS, entre espaces communs et privatifs

Les deux CHRS étudiés sont identifiés par les professionnels qui y travaillent comme par d'autres acteurs du secteur, comme des « *gros collectifs* », par opposition aux « *petits collectifs* » qui accueillent entre 10 et 30 personnes : environ 120 personnes sont hébergées par chacun d'entre eux. Ces dispositifs occupent des bâtiments qui s'apparentent à des immeubles d'habitations collectives de plusieurs dizaines de mettre de long et de trois à quatre étages de hauteur. Dans les deux cas, le nombre de places de stabilisation est légèrement inférieur à celui des places d'insertion, ces dernières représentant un peu plus de la moitié du nombre de places. Néanmoins, alors que toutes les places de stabilisation se trouvent dans les immeubles décrits précédemment, une partie des places d'insertion des deux CHRS sont des places en diffus réparties dans différents quartiers de la métropole : il s'agit de studios et petits appartements gérés par les CHRS, qui permettent d'héberger des personnes jugées suffisamment autonomes pour être éloignées de la vie en collectif. Au sein des CHRS eux-mêmes, la principale tension tient aux modalités de formation d'un « *chez-soi* » (Pichon et al. 2010; Grand 2013) dans un cadre composé d'espaces communs partagés par un grand nombre de personnes ; d'espaces de travail investis par les professionnels de l'accompagnement ; et d'espaces privatifs, pourtant toujours susceptibles d'être contrôlés par les travailleurs sociaux. Ce premier point propose de restituer cette tension à travers une visite guidée des CHRS : sont ainsi présentés les espaces communs et privatifs de ces dispositifs (1, 2), mais aussi leur organisation temporelle, les usages libérés ou contraints du temps, également susceptibles de participer de la formation d'un chez-soi (3).

1. Le rez-de-chaussée : espaces de travail, espaces de convivialité

L'organisation de l'espace dans les deux CHRS est remarquablement similaire. Dans les deux bâtiments, on trouve au rez-de-chaussée la même organisation. L'accueil, petite pièce entourée de vitres dans le CHRS 2, est délimité par un guichet à mi-hauteur dans le CHRS 1. Il se situe à proximité directe de la porte d'entrée des dispositifs et permet d'assurer le contrôle des personnes qui souhaitent accéder au lieu. Des agents d'accueil et des agents de sécurité s'y relaient. Les premiers y travaillent en journée et les seconds la nuit : le travail de « journée » est délimité par une amplitude horaire qui va de 7h à 22h, horaires qui correspondent à la présence effective d'au moins un travailleur social. Ces agents sont chargés de contrôler les allées et venues dans les CHRS. La plupart des hébergés étant rapidement connus de l'ensemble des professionnels de chaque établissement, ce sont essentiellement les personnes extérieures

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

aux dispositifs ou celles qui ne s'y rendent pas fréquemment qui font l'objet d'une attention accrue. Ces dernières sont, le plus souvent, des professionnels du secteur. Très rarement, il peut s'agir de proches des personnes hébergées, et occasionnellement de visiteurs divers (acteurs associatifs éloignés, financeurs, journalistes…). Au début de mes observations, je me suis progressivement familiarisé avec ces agents d'accueil, dans l'optique de banaliser ma présence au sein des dispositifs (encadré 4.1).

Encadré 4.1 : les agents d'accueil et les vigiles.

Les agents qui assurent l'accueil dans les CHRS assurent le relais entre le dispositif et son extérieur : ils ont pour principale tâche d'assurer un contrôle direct des personnes qui entrent et sortent des dispositifs, contrôle qui est identifié comme tel au sein des CHRS. Dans le premier CHRS, tous les agents d'accueil, ainsi que les vigiles, sont des hommes, noirs ou arabes. Ce n'est pas le cas du CHRS 2, au sein duquel une femme et un homme blancs assurent le travail d'accueil en journée, chacun-e travaillant à temps partiel. En revanche, les vigiles travaillant de nuit sont également des hommes noirs. On peut ainsi penser que la dimension genrée de ces tâches de surveillance et de contrôle qui tendent à valoriser la force physique et en font un attribut masculin, se double d'une dimension raciale, comme au sein de nombreuses autres organisations (Jounin 2008 ; Weill 2017).

Au cours d'échanges informels avec certains de ces agents, j'apprends qu'ils enchainent des contrats précaires dans différentes structures d'accueil et d'hébergement, bien qu'ils soient connus de longue date des associations qui les embauchent. Je les croise par ailleurs au sein de dispositifs d'hébergement ouverts uniquement de nuit durant la période de veille saisonnière, suggérant leur inscription durable dans le secteur, leur circulation au sein de celui-ci au gré des disponibilités et le cumul d'emplois faiblement valorisés.

Si le contrôle à l'accueil s'exerce de la manière la plus visible en direction de personnes extérieures aux dispositifs, il existe de façon plus diffuse en direction des personnes hébergées connues de ces agents et pouvant légitimement avoir accès aux hébergements. À leur égard, le contrôle a vocation à tracer et à incarner la frontière délimitant des comportements tolérés ou non au sein de la structure. Ainsi, lorsqu'un hébergé est mis à pied, les agents d'accueil doivent s'assurer du respect de la sanction en lui interdisant l'entrée pour la durée définie par l'équipe éducative. Ils sont également chargés de repérer des comportements déviants, le plus souvent liés à des états d'ébriété ou des usages de psychotropes. Ces états n'occasionnent pas de sanction automatique des hébergés, leur gestion relevant du travail éducatif (Michalot et Simeone 2010 ; Michalot et Siméone 2013). D'après des discussions informelles avec des acteurs de la prise en charge néanmoins, le positionnement de ces deux CHRS sur cette question constitue plutôt l'exception que la règle : dans de nombreuses structures d'accueil de la métropole, la règle reste l'abstinence vis-à-vis des produits psychotropes (alcool inclus). Les agents de sécurité y sont alors chargés de sanctionner ou d'interdire l'accès aux personnes en ayant usé ou abusé, en amont de la décision de l'équipe éducative. Dans la mesure où les CHRS investis ont adopté des pratiques s'approchant des principes de la réduction des risques liés aux usages de drogues (Coppel 2017), les agents d'accueil et les vigiles sont amenés à adopter une posture moins systématiquement répressive, en distinguant des usages perçus comme

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

« *problématiques* », le plus souvent liés à des abus de substances à l'origine d'une modification du comportement susceptible de perturber le dispositif, d'usages tolérés, dès lors qu'ils n'influent pas sur le quotidien des personnes hébergées et de leurs accompagnants (Coppel 2005) – on revient sur la question des usages de psychotropes et de leur gestion plus loin dans cette section. Le travail de surveillance et de contrôle opéré par les agents d'accueil et les vigiles des deux CHRS s'est révélé plutôt efficace, dans la mesure où leurs interventions ont été rares au cours de l'enquête. Leurs interactions avec les usagers sont faites de nombreux échanges, la présence permanente et fixe de ces travailleurs constituant un point de repère facilement abordable pour des usagers souhaitant discuter ou ne trouvant pas leur travailleur social référent. De manière générale, si l'accueil des CHRS est faiblement prohibitif et peu sélectif, les professionnels qui l'assurent sont en première ligne du dispositif (Lipsky 1980 ; Dubois 1999). Ils sont chargés d'effectuer un travail de tri caractéristique des organisations mettant en rapport des agents administratifs, le plus souvent travailleurs sociaux ou fonctionnaires, et leurs usagers, qui y ont recours dans l'optique de solliciter un droit, une prestation, un service (Martin 2011 ; Weill 2014 ; Gelly 2018).

Passé l'accueil, les rez-de-chaussée sont organisés de part et d'autre d'un long couloir central. En s'y avançant, on trouve d'abord des bureaux : ceux des directions des CHRS, ceux des chefs de service et ceux des personnels administratifs, secrétaires et comptables. Dans les deux dispositifs, le personnel administratif (secrétaires, comptables, gestionnaires) est très rarement en contact direct avec les personnes hébergées, dont les noms ne sont connus d'eux que par le biais des contrats d'admission ou du règlement des participations financières. Les contacts sont plus fréquents avec les directeurs d'établissement, qui convoquent parfois un hébergé ou accèdent à une demande de rendez-vous, principalement lorsque les motifs justifient de ne pas déléguer ces tâches aux travailleurs sociaux ou, à défaut, aux chefs de service. Au cours de l'enquête, les directions de ces deux CHRS ont adopté des modalités d'échanges nettement différenciées, envers les usagers et envers les professionnels. Ainsi, le directeur du CHRS 1 a témoigné à plusieurs reprises de sa connaissance des usagers en les appelant par leur prénom, en leur serrant la main ou en échangeant quelques mots avec eux dans les couloirs. Plus généralement, il s'est souvent montré en dehors de son bureau, échangeant avec les chefs de service et les éducateurs, salariés comme stagiaires. Durant l'entretien réalisé avec lui, il explique être « *à l'écoute* », ce que lui reconnaissent les professionnels interrogés. Ces derniers ont témoigné d'une certaine ambivalence à son égard : tout en lui attribuant un net changement organisationnel allant dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie des résidents, certains estiment que cette amélioration s'est faite au prix d'une dégradation des conditions de travail des salariés eux-mêmes. Ces éléments diffèrent nettement dans le cas de la directrice du CHRS 2. Peu d'interactions ont été observées entre elle et les salariés, comme les résidents, au cours de l'enquête. Elle paraissait préférer des échanges formels, dans son bureau et faisant suite à

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des prises de rendez-vous. Elle a, tout au long de ma présence, fait l'objet de critiques sévères de la part de l'équipe éducative. Ces écarts peuvent être rapportés à leurs trajectoires socioprofessionnelles et aux modalités de leur embauche au sein des CHRS (encadré 4.2).

Encadré 4.2 : les trajectoires socioprofessionnelles des directeurs de CHRS.

Antoine Renisio, le directeur du CHRS 1 est né en 1981. S'il est originaire du nord de la France, il fait ses études à Sciences Po Paris et réalise un an d'études à Northwestern University à Chicago, où il rencontre sa femme. Durant ses études, il se spécialise dans le mécénat d'entreprise et le développement, ce qui l'amène à faire des voyages en Afrique, au Cameroun notamment. Si l'expérience lui plait, il explique prendre conscience que les pays africains « *n'ont pas besoin de nous, ils ont besoin d'argent* », constat qui l'incite finalement à travailler en France. Il présente son orientation dans le « *social* » comme un choix fort, et cherche, après son diplôme, à travailler dans ce secteur. S'il ne choisit pas spécifiquement le secteur de l'exclusion, il y a réalisé toute sa carrière : il est d'abord engagé par l'un des principaux groupes de l'économie sociale et solidaire au milieu des années 2000, en tant que chef de service adjoint dans un CADA. Constatant des irrégularités dans la gestion financière de l'association, il les dénonce, mais c'est lui qui est finalement sanctionné. Il revient dans le Nord, et devient directeur d'un petit CHRS en 2008. Sur la demande du conseil d'administration de l'association, il réalise un diagnostic sur la gestion du dispositif, qui l'amène à conclure que le projet, en dépit de ses atouts « *humains* » et « *sociaux* », n'est pas viable économiquement. Il recommande de fusionner avec une association plus importante : le CA refuse, avant de s'y résoudre deux ans plus tard. La fusion est entamée au début des années 2010 avec l'association qui gère le CHRS qu'il dirige au moment de l'enquête : perçue comme une réussite, cette opération lui ouvre les portes de cette association, qu'il rejoint en 2013. Il devient directeur d'un des principaux pôles de cette association en 2017.

Laurence Strazer, directrice du CHRS 2, est née en 1970. Elle est initialement titulaire d'un diplôme d'assistante de service social, auquel « *elle tient et qu'elle défend* ». Elle a réalisé l'intégralité de sa carrière dans le secteur associatif, mais a connu plusieurs secteurs liés à la question sociale : l'essentiel de sa trajectoire s'opère dans le secteur de la protection judiciaire de la jeunesse, en action éducative en milieu ouvert (AEMO). Au début des années 2000, elle devient cheffe de service, passe le CAFERUIS, puis devient directrice de l'association au sein de laquelle elle a toujours travaillé, mais décide de partir en 2011, pour « *découvrir autre chose* ». Elle s'oriente vers le secteur du handicap et plus précisément de l'autisme. Elle décrit ce passage comme une très mauvaise expérience : elle explique avoir été confrontée à de la maltraitance institutionnelle, ce qui l'incite à quitter l'association. En recherche d'emploi, elle postule à des postes de direction dans des secteurs divers en évitant celui du handicap, et obtient finalement le poste qu'elle occupe au moment de l'entretien en mai 2014. Si elle explique retrouver une partie des problématiques qu'elle rencontrait dans la protection judiciaire de la jeunesse, l'expérience tourne court. Engagée pour redresser les comptes du CHRS, elle est amenée à prendre des décisions de rigueur budgétaire, se met immédiatement l'ensemble de l'équipe éducative à dos, et quitte l'association dès 2017.

Les trajectoires de ces deux professionnel-le-s sont assez représentatives des évolutions qu'ont connues le monde associatif et le secteur de l'action sociale et médico-sociale depuis les années 1990. Antoine Renisio appartient à une nouvelle génération de cadres d'institutions sociales et médico-sociales finement analysée par Hélène Chéronnet (2006) : très jeune (34 ans au moment de l'entretien, directeur depuis ses 27 ans, il n'a occupé que des postes d'encadrement et connait une trajectoire nettement ascendante) et diplômé de Sciences Po Paris, il valorise ses compétences gestionnaires tout en nourrissant un intérêt marqué pour la question sociale, ce qui lui permet d'être apprécié des professionnels en place dans le CHRS qu'il dirige. À l'inverse, Laurence Strazer, alors même qu'elle a toujours travaillé dans le secteur associatif et l'action médico-sociale, qu'elle apparait proche socialement des professionnels qu'elle encadre, voit ses décisions constamment remises en question, dans un contexte où celles-ci paraissent systématiquement faire valoir un raisonnement gestionnaire contre les visées éducatives du travail social.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Plus loin dans le couloir du CHRS 1, deux petites pièces permettent d'accueillir des permanences médicales et infirmières plusieurs fois par semaine. Les travailleurs sociaux eux-mêmes, s'ils y ont accès, n'y pénètrent presque jamais. Au sein du CHRS 2, les bureaux du dispositif de soins se situent au premier étage, en face des lits-halte soins santé (LHSS). On trouve également aux rez-de-chaussée des deux CHRS les bureaux des travailleurs sociaux, ainsi que des lieux de convivialité ou de réunions, espaces plus propices aux échanges collectifs. Les salles de restauration s'y trouvent aussi. Les réunions hebdomadaires des services du CHRS 1 s'y tiennent, tandis que le CHRS 2 dispose d'une grande salle à part pour ces réunions. Dans le CHRS 1, une salle de détente collective avec télévision, jeux de société, chaises, tables et canapés se trouve au bout du couloir : au cours de l'enquête, celle-ci a été très peu fréquentée par les usagers à quelques exceptions près, par exemple lorsqu'une bénévole y assure un atelier de coiffure pour y couper les cheveux des résidents. Dans le CHRS 2, c'est au premier étage qu'on trouve une salle similaire, tout aussi peu utilisée. Finalement, les deux CHRS disposent d'espaces ouverts, certains donnant sur la rue, d'autres s'apparentant à de petites cours à l'arrière du bâti. Les résidents comme les professionnels y vont pour fumer une cigarette, passer un coup de téléphone, prendre l'air. Ces moments informels, ayant cours sur le lieu et le temps de travail mais n'en relevant pas à strictement parler, sont l'occasion de discuter de sujets anodins ou plus personnels : ces sociabilités à la limite des mondes privés et professionnels jouent un rôle socialisateur diffus, sur lequel on revient dans le chapitre 7 de cette thèse. Au-delà de cette répartition similaire, c'est dans les chambres elles-mêmes que l'on trouve les principales différences entre les deux CHRS, qui se trouvent dans les étages.

2. Les chambres : être « *chez soi* » ou « *chez les autres* »

Deux types de places, renvoyant à deux modalités d'accompagnement différentes existent au sein des deux CHRS : les places de stabilisation d'une part, d'insertion d'autre part. Les premières sont réparties sur les étages inférieurs (premier étage dans le CHRS 2, premier et deuxième dans le CHRS 1), tandis que les secondes se trouvent au dernier étage. Une partie de ces places se trouvent également en hébergement diffus, c'est-à-dire en dehors du bâtiment. De fait, cette organisation traduit, volontairement ou non, un ordre symbolique légitime des parcours de réinsertion, où la stabilisation se situe en amont, ou en dessous, de l'insertion (Damon 2002a ; Deluchey 2006). Au-delà de ce constat, la variable déterminante, tant dans le cadre de l'organisation du CHRS que dans l'organisation générale du secteur de la prise en charge, est le nombre d'occupants des chambres. C'est sur ce point que l'on trouve certaines des différences les plus structurantes entre les deux CHRS.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le CHRS 1 propose des chambres seules. Cette particularité la distingue de nombreuses structures d'hébergement et se ressent vis-à-vis des personnes en demande, certaines d'entre elles n'acceptant d'être hébergées qu'en chambre seule et préférant parfois rester dans la rue plutôt que d'accéder à un hébergement collectif (Gardella 2019). En réalité, cette configuration est appelée à se diffuser depuis la mise en œuvre, en 2008, du « *programme d'humanisation des centres d'hébergement* » dans le cadre du PARSA (Gardella 2014b ; Grand 2013) : l'agence nationale de l'habitat (ANAH) dispose d'un fonds auquel s'ajoutent des contributions de collectivités locales et d'associations gestionnaires, afin d'assurer cette « *humanisation* ». Les chambres de ce CHRS sont en outre équipées d'une télévision individuelle et d'un accès à Internet, ce qui en fait un dispositif particulièrement original qui, avec d'autres caractéristiques liées aux modalités de l'accompagnement, contribue à ce qu'il se présente comme un modèle. À plusieurs reprises, cette originalité a justifié que des professionnels d'autres structures visitent le dispositif pour s'en faire une idée[119] : pour nombre d'entre eux, il est loin d'être évident que des personnes hébergées, même si elles paient une participation financière pour leur hébergement, aient accès à des commodités telles que le téléphone, un accès à Internet, la télévision, etc. De façon presque paradoxale étant donné le degré d'équipement des chambres, les toilettes et les douches sont collectives pour les places du service de stabilisation. En revanche, les places d'insertion, plus grandes, sont équipées de douches et de toilettes privatives, ainsi que d'une kitchenette. Contrairement aux résidents de la stabilisation, ceux de l'insertion ne bénéficient pas du service de restauration du CHRS et doivent gérer leur nutrition de manière autonome, ce qui implique d'allouer une partie de leur budget à l'achat de nourriture, de gérer ces vivres, de cuisiner, d'assurer l'entretien hygiénique de la kitchenette… Pour certains d'entre eux, le travail éducatif vise précisément à l'apprentissage de ces tâches, au même titre que d'autres relevant plus traditionnellement des projets d'insertion tels que la recherche d'emploi, de logement, le recours au droit commun (Astier 1997 ; Duvoux 2009).

Dans le CHRS 2, les chambres sont doubles pour la plupart, triples pour quelques-unes. Leur superficie n'est pourtant pas beaucoup plus grande que celles du CHRS 1 : l'agencement est différent, tout en longueur avec deux lits disposés en quinconce de part et d'autre de la chambre. Toutes – stabilisation et insertion confondues – sont équipées d'une douche et de toilettes, mais aucune n'inclut les équipements techniques du CHRS 1. Plus précisément, si l'on trouve parfois des téléviseurs dans ces chambres, ils sont la propriété des résidents et non de la structure d'accueil. La distinction entre stabilisation et insertion est nettement plus ambigüe dans ce CHRS, notamment dans la mesure où les places d'insertion ne sont pas équipées de kitchenette par exemple, et qu'elles sont à peine plus grandes que les places de stabilisation. Au

[119] Ce fut notamment le cas, au mois de décembre 2015, d'une délégation du Samu social de Paris venue visiter le CHRS, et échanger avec les travailleurs sociaux sur l'accompagnement mis en œuvre. Les visiteurs se sont montrés particulièrement enthousiastes, admiratifs et à certains égards, envieux, des conditions d'hébergement proposées.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

moment où l'enquête se terminait, la situation était cependant supposée évoluer avec l'entame de travaux « d'humanisation », suite auxquels l'association proposera également et exclusivement des chambres individuelles. De manière générale, l'intérieur du CHRS 2 est d'apparence nettement plus vétuste que le CHRS 1. Significativement, alors qu'on ne m'a pas proposé de visiter le lieu au début de mon enquête, un chef de service s'est montré fier de me faire visiter l'un des nouveaux bâtiments qui accueilleront des résidents à l'issue des travaux. Ces chambres ont été réalisées aux normes d'accessibilité pour personnes à mobilité réduite, et sont équipées de douches spacieuses ainsi que de kitchenettes neuves.

En attendant cette nouvelle organisation, la répartition des chambres s'est révélée à plusieurs reprises être l'une des principales problématiques organisationnelles, mais aussi éducatives, du CHRS. Il s'agit d'une tâche délicate, souvent discutée lors d'échanges formels et informels afin de trouver la combinaison adéquate entre résidents, dans un champ des possibles nécessairement limité. L'équipe éducative cherche en outre à ne pas modifier des binômes ou des trinômes d'usagers qui ne posent pas de problème au quotidien. Dans ce contexte, certains hébergés nouvellement arrivés ou réputés avoir des comportements déviants (vols d'affaires, violence, usages de psychotropes) sont particulièrement difficiles à placer et peuvent aboutir à des prises de décision d'autant plus paradoxales que le CHRS dispose de quelques chambres individuelles qui permettent d'ajuster, à la marge, les cohabitations complexes (encadré 4.3).

Encadré 4.3 : notes de terrain, la répartition des chambres dans le CHRS 2.

28 septembre 2015, CHRS 2, début d'après-midi.

Au moment où j'arrive, José (ES) est sur le point de partir. J'arrive dans le bureau des éducs, Renaud (ES) va fumer et m'explique qu'il doit fermer la porte derrière lui : il me propose de venir avec lui. Nous discutons un peu puis nous rentrons. Renaud et Éloise (ES) échangent à propos de leurs suivis : M. Oberti dont Renaud était le référent est désormais suivi par Éloise. Il est incontinent et a uriné et déféqué dans la voiture alors qu'Eloise était en train de l'accompagner à un rendez-vous, ce qui occasionne des échanges sur les difficultés de l'accompagnement. Il est l'un des rares hébergés à bénéficier d'une chambre seule, précisément du fait de son incontinence et des désagréments olfactifs occasionnés.

Sandrine (cheffe de service) entre à ce moment dans le bureau : elle échange avec Renaud à propos de l'arrivée d'un nouvel hébergé, déjà connu des éducs du CHRS. L'homme a été mis à pied du centre d'hébergement d'urgence, et se retrouve transféré ici. La mise à pied est liée au vol des affaires de son colocataire alors que celui-ci était hospitalisé. Renaud ironise : « *donc on le punit en le faisant passer de l'urgence à l'insertion ?* ». Sandrine ne relève pas. Elle enchaine sur le choix de son nouveau colocataire : il s'agit d'accorder les caractères, les pratiques, les défauts de chacun… la bonne cohabitation est clairement une affaire difficile à mener. Il existe pourtant des chambres disponibles sans qu'elles ne soient occupées par quiconque : lorsque je le fais remarquer, Sandrine acquiesce mais m'explique que le monsieur a besoin d'être « *cadré, si on lâche quelque chose, c'est mort* ». La solution qui est trouvée est de faire déménager un hébergé réputé calme dans une autre chambre, pour que le nouvel arrivant s'y installe également.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cette situation témoigne du sens éducatif donné à la répartition des chambres : il vaut mieux fournir un « *cadre* » à un résident réputé difficile à accompagner que lui donner une chambre seule. La cohabitation, *a fortiori* dans un contexte où l'espace est aussi restreint qu'une chambre d'une douzaine de mètres carrés, implique le plus souvent l'existence et le respect de règles d'usages plus ou moins explicites sur l'organisation, le rangement et l'entretien de l'espace (Bouillon 2009 ; Grand 2015). Lorsque les normes qui sous-tendent ces règles (propreté, partage équitable de l'espace, rangement des affaires personnelles, modalités de consommation de tabac, d'alcool ou de produits psychotropes) sont trop différentes entre cohabitants, ou lorsque les règles ne sont pas respectées, des tensions émergent. Dans ce cas, les travailleurs sociaux sont souvent amenés à identifier un responsable. Pour ce faire, ils se réfèrent à la norme dont ils sont eux-mêmes porteurs. Ils promeuvent ainsi des espaces privatifs rangés, propres, entretenus (Gilbert 2016), autant d'éléments valorisés par des professionnels nettement ancrés dans les fractions élevées des classes populaires ou moyennes basses (Muel-Dreyfus 1983 ; Iori et Nicourd 2014 ; Iori 2018). La socialisation professionnelle des travailleurs sociaux tend par ailleurs à renforcer la signification accordée à l'entretien des espaces privatifs : l'encouragement au rangement et au maintien de l'ordre spatial fonctionne comme une prophétie autoréalisatrice en témoignant de l'adoption de conduites normées et supposées normales à l'extérieur du CHRS, suggérant ainsi les effets positifs du travail éducatif.

On le comprend, la formation d'un « chez soi » dans le cadre des dispositifs d'hébergement est loin d'être évidente : les hébergés ne sont pas titulaires d'un bail ; leurs droits, officiellement renforcés par la loi 2002-2, sont limités ; et les conditions d'appropriation des espaces privatifs sont toujours dépendantes du travail de veille et de supervision des équipes éducatives. Si l'hébergement fournit un toit, il n'assure pas toujours le « *pouvoir d'organiser à sa guise son existence* », contrairement au logement, même de petite taille (Gilbert 2016, p. 108). Dans la continuité d'autres travaux ayant étudié les formes d'habitat précaire (Bouillon 2009 ; Bourgois et Schonberg 2009 ; Lion 2015), David Grand montre ainsi que les manières d'habiter en centres d'hébergement sont multiples et dépendent étroitement des conditions de vie et d'appropriation *dans* et *de* l'espace (Grand 2013). Dans les deux CHRS observés, cette appropriation est le plus souvent rendue possible par l'investissent matériel et émotionnel des lieux (aménagement et appropriation selon Pichon et al. (2010)). De manière générale, la possibilité d'un espace strictement privatif et individuel est plus propice à un tel investissement que les espaces cohabités, davantage susceptibles de créer des tensions entre résidents. Une des modalités privilégiées d'appropriation des lieux dans les deux CHRS se rapporte à l'entretien, à la décoration et à l'aménagement de l'espace : posters, tapis, plantes, meubles personnels, téléviseurs, ordinateurs, consoles, aquariums, etc. Dans le CHRS 2 une autre modalité essentielle de cette appropriation est la délimitation, symbolique et matérielle, des espaces respectifs à chaque cohabitant. Enfin, on peut faire l'hypothèse que certains comportements

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

suggérant à première vue le désinvestissement des lieux, traduisent en réalité des modalités d'appropriation, notamment dans le cas de personnes ayant connu de longs parcours de rue et ayant développé ce que Patrick Gaboriau a envisagé comme une culture de la rue (Gaboriau 1993). L'absence d'entretien, l'entassement d'objets, leur éparpillement, une fenêtre ouverte constamment, sont autant d'exemples observés au cours de l'enquête, qui suggèrent une reproduction des modes de vie en rue. Ces éléments rappellent la pluralité des modes d'habiter qui s'éloignent des formes les plus normées (Pichon 2002 ; Dambuyant-Wargny 2004 ; Lion 2014). Dans le cadre du travail éducatif mis en œuvre dans l'hébergement néanmoins, ces comportements ne sont pas valorisés et peuvent, à terme, faire l'objet de sanctions. Ainsi, si les résidents du CHRS 1 occupent des chambres individuelles, ils sont également soumis à des normes de propreté et de rangement. À diverses reprises, l'équipe éducative a sanctionné des résidents dont la chambre était dans un état de saleté particulièrement avancé (présence d'excréments, de nourriture avariée, de déchets, etc.). Le travail éducatif réalisé dans le cadre de l'hébergement vise ainsi à transmettre des pratiques et des représentations associées à ce que les travailleurs sociaux associent à l'autonomie, finalité des parcours de réinsertion.

3. L'organisation temporelle des CHRS : la fin de la discipline ?

Au-delà de la dimension spatiale, l'évocation de l'organisation temporelle des CHRS amène à formuler explicitement une interrogation qui traverse ce chapitre de façon diffuse : les CHRS sont-ils une forme moderne, euphémisée de ce que Goffman a décrit et analysé comme des institutions totales, assurant la prise en charge intégrale d'individus s'y trouvant de gré ou de force à travers la mise en œuvre de diverses procédures de réclusion, de gestion de l'espace et des rythmes de (sur)vie de ces individus (Goffman 1961) ? Dans son analyse, Goffman souligne la dimension centrale de la gestion du temps au sein des institutions totales : par l'imposition de cadences strictes, ces institutions et les professionnels qui y travaillent assurent un contrôle direct des reclus par la disciplinarisation de leurs propres rythmes de vie. De fait, l'une des principales différences entre les CHRS et les autres dispositifs du système de prise en charge a trait à la gestion des temporalités de l'accompagnement, celles-ci constituant par ailleurs l'un des éléments les plus structurants de la formation du système contemporain de prise en charge des sans-domicile (Gardella 2014a). Alors que les accueils de jour, les centres de santé et les dispositifs administratifs ne sont ouverts qu'en journée et tandis que la plupart des hébergements d'urgence ne le sont que la nuit, les CHRS proposent un accueil continu, tous les jours – et les nuits – de l'année. Les résidents peuvent, s'ils le souhaitent rester constamment à l'intérieur du CHRS, voire de leur chambre. En réalité, ce type de comportements provoque des inquiétudes parmi les équipes éducatives, qui peuvent alors décider d'intervenir en incitant les hébergés à « *se bouger* » (Blum et Neuberg 2019). À l'inverse, ils peuvent également en

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

sortir à toute heure du jour ou de la nuit. Cette considération, presque à elle seule, suggère l'impossibilité d'assimiler les CHRS – ceux observés tout du moins – à des institutions totales, les résidents pouvant à leur guise échanger avec le monde extérieur. Ici encore néanmoins, les équipes éducatives sont amenées à intervenir en cas d'excès, ces derniers étant toutefois identifiés très inégalement selon le type de place occupée, et selon le profil des personnes concernées, c'est-à-dire principalement selon son adhésion aux autres contraintes éducatives mises en œuvre dans le cadre de l'accompagnement.

La question du temps, des rythmes de vie et des cadences de travail qui s'imposent aux résidents de ces institutions n'est donc pas résolue par le seul constat d'une absence de discipline totalisante au sein des CHRS. En réalité, leur organisation temporelle constitue une « *emprise lâche* » (Blum et Neuberg 2019) dont l'objectif est de socialiser les résidents à des rythmes de vie calqués sur les rythmes du travail de journée (Darmon, Dulong, et Favier 2019). Cette considération n'est pas nouvelle néanmoins. Elle transparait par exemple dans le cadre des débats sur le RMI avec l'idée d'imposer des contraintes horaires aux personnes ciblées par le dispositif, nécessairement désocialisées temporellement puisqu'elles ne travaillent pas (Bresson 2016, 1997). Chaque CHRS propose trois repas par jour, sur des tranches horaires fixes : de 7h à 8h45 pour le petit-déjeuner – jusqu'à 10h le weekend –, de 11h45 à 13h30 pour le déjeuner, et de 18h30 à 20h pour le dîner. Les repas sont sommaires, de type restauration collective : du café ou du thé, des tartines et de la confiture pour le petit-déjeuner ; une entrée, un plat au choix entre deux, un dessert – le plus souvent un fruit ou un yaourt – pour les repas du midi et du soir. La plupart des travailleurs sociaux participent aux repas avec les résidents : ces temps se veulent « *conviviaux* » pour reprendre les termes de ces professionnels et de fait, ils donnent à voir des échanges peu formalisés, des blagues, des conversations autour de la vie privée des professionnels ou plus banales autour des résultats sportifs ou de l'actualité. C'est après le petit-déjeuner que les choses s'accélèrent. Plusieurs travailleurs sociaux commencent d'ailleurs leur journée autour de 9h précisément afin de pallier cette hausse de l'activité (encadré 4.4).

Encadré 4.4 : notes de terrain, la matinée.

25 septembre 2015 : matinée au CHRS 1.

J'arrive au petit-déjeuner, je constate que l'ambiance est calme et que peu d'éducateurs sont présents. Je discute un peu avec quelques résidents. L'ambiance monte parfois, sur des prises de bec entre résidents. Je croise un infirmier, qui vient prendre la tension d'une dame diabétique ainsi que son taux de sucre (quotidien ?), dans le réfectoire – l'intervention médicale dans le réfectoire ne pose ici de problème à personne : pas de secret, pas de lieu d'intervention, celle-ci est faite en public, au vu et au su de tous, probablement parce que tout le monde est habitué.

Plusieurs personnes attendent devant le bureau des éducateurs. Ils sont qualifiés de « *champions* », pour désigner en s'en moquant, le plus souvent gentiment, des personnalités fortes du CHRS, qui posent problème autant qu'ils attendrissent et parfois font rire les éducateurs. Le chef de service m'explique que c'est la période de « *rush* » jusqu'à 10h du matin (à partir de 7h, lorsque le petit-déjeuner commence

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

à être servi). Lorsque j'interroge une stagiaire ES, elle me répond que « *c'est le rush de 7h à 22h* », souhaitant souligner l'activité intense qui semble se dérouler dans le CHRS. Deux jeunes éducateurs, des stagiaires, partent pour le « *tour des chambres* » vers 10h. Il s'agit d'aller toquer à chacune des chambres afin d'en vérifier l'état : les éducateurs emmènent avec eux un chariot équipé d'une poubelle pour collecter des déchets, du savon et du shampoing pour les résidents qui en demandent, ainsi qu'une liste des chambres et des résidents. Cette dernière permet de signaler des chambres non entretenues.

Pendant ce temps, des résidents viennent toquer les uns après les autres à la porte des moniteurs-éducateurs pour diverses raisons : ils viennent déposer leurs affaires sales, solliciter de nouveaux draps, discuter, prendre un rendez-vous, savoir où en est une démarche… après un moment de répit aux alentours de 11h, l'heure du déjeuner arrive déjà.

Dans l'ensemble, les matinées semblent passer rapidement. Les sollicitations des résidents sont plus nombreuses et le fait que plusieurs tâches nettement identifiées – le tour des chambres, la gestion du linge, les prises de rendez-vous – soient réalisées le matin contribue à une impression d'effervescence dans les deux CHRS. À l'inverse, les après-midi sont des périodes de ralentissement de l'activité du dispositif qui permettent aux travailleurs sociaux, lorsqu'ils n'ont pas de rendez-vous, de rattraper des tâches administratives ou de réaliser des accompagnements externes. Les hébergés sont moins visibles durant cette période, qu'ils se trouvent dans leurs chambres ou à l'extérieur du dispositif. La plupart des activités d'accompagnement ont également lieu l'après-midi, précisément parce qu'elles nécessitent du temps et la disponibilité des résidents. Les soirées constituent quant à elles des périodes de relâchement des CHRS, le travail éducatif étant étroitement dépendant des rythmes institutionnels exogènes aux dispositifs. Dans la mesure où le dîner commence à être servi dès 18h45, la fin de journée intervient précocement : après celui-ci, les résidents rentrent dans leurs chambres, certains d'entre eux quittent le dispositif pour une sortie nocturne, les allers-retours étant autorisés de nuit, à condition de ne pas en abuser. À plusieurs reprises dans le CHRS 2, la possibilité d'instaurer un couvre-feu aux alentours de 22h a été évoquée, à la suite de regroupements bruyants de résidents, sans pour autant que cette décision ne soit entérinée : les chefs de service, en accord avec l'équipe éducative, ont systématiquement préféré avertir les résidents concernés et ont, dans quelques cas, sanctionné ces derniers en leur interdisant de participer à ces regroupements.

Dans le CHRS 1, si cette question ne s'est pas posée, c'est dans la mesure où d'autres règles s'imposent aux résidents. Ceux de la stabilisation ne sont pas autorisés à accueillir des personnes chez eux en soirée, tandis que ceux de l'insertion doivent demander une autorisation à l'équipe éducative dans cette optique. Même si, dans la grande majorité des cas, cette dernière accorde effectivement cette autorisation, les modalités de formation d'un chez-soi se trouvent ici encore conditionnées et contrôlées par le travail éducatif, qui s'exerce différemment selon les services au sein duquel il s'exprime (Pichon et al. 2010; Grand 2013). Ici encore, on observe une visée socialisatrice : parce que l'hébergement a vocation à se rapprocher des modes de vie qui prévalent hors institution, le maintien de réseaux de sociabilités nocturnes est, sinon

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

encouragé, du moins accepté. On peut ainsi souligner avec Maryse Bresson qu'à travers l'organisation temporelle des CHRS « *se dessine en creux une représentation du rapport au temps "normal" dans la vie quotidienne qui s'organiserait autour de l'obligation de se lever le matin, de faire sa toilette, d'aller à l'école ou au travail, de manger et dormir à des heures relativement régulières…* » (Bresson 2016, pp. 57-58.). À d'autres échelles de temporalités (semaine, mois, années), les CHRS connaissent peu de variation. Tous deux ont leurs réunions hebdomadaires le mardi après-midi, ce qui s'est révélé contraignant dans le cadre de l'enquête, puisque cet horaire commun a impliqué de ne pas pouvoir observer de façon systématique ces réunions[120]. Enfin, les CHRS sont l'un des seuls dispositifs du système de prise en charge qui n'est pas affecté par la veille saisonnière : leur capacité d'accueil, le nombre de professionnels qui y travaillent, les horaires de travail restent les mêmes tout au long de l'année. Au-delà des temporalités et des cadences du travail mis en œuvre dans le cadre des CHRS, ce sont les durées de l'hébergement de stabilisation et d'insertion elles-mêmes qui diffèrent et qui sont fondées sur des logiques éducatives différentes, qu'il convient désormais d'analyser.

II. Le travail éducatif en CHRS : une socialisation différentielle à l'autonomie

La présentation du cadre spatial et temporel des CHRS a permis de mettre en lumière le contexte du travail d'accompagnement des personnes qui y sont accueillies. C'est ce travail qu'il convient désormais d'analyser. La visée générale du travail mis en œuvre au sein des dispositifs de réinsertion est celle d'un retour à l'autonomie (Astier 1997, 2007 ; Duvoux 2009). Celle-ci est une notion floue, malléable et qui peut s'adapter aux contextes divers dans lesquels elle est susceptible d'être mobilisée. En l'occurrence, dans le système de prise en charge des personnes sans-domicile, l'autonomie se construit contre « *l'individualisme négatif* » qui constitue l'aboutissement des processus de désaffiliation, voire de désocialisation, dans lesquels sont inscrits de nombreux usagers (Vexliard 1957 ; Castel 1995). Il s'agit de réaffilier ces derniers par le biais de relations d'accompagnement et d'un travail de socialisation qui vise, *in fine*, à réinscrire les résidents dans des modes de vie adéquats aux normes de la société intégrée. Cette visée générale doit être atteinte à travers une division du travail originale. Deux types d'accompagnement sont mis en œuvre : il s'agit de la gestion du quotidien, d'une part, et du travail d'accompagnement individualisé de moyen, long voire très long terme, d'autre part (1). Ces deux modalités d'accompagnement s'incarnent dans des ensembles de tâches assez

[120] J'ai donc alterné entre les réunions hebdomadaires des deux CHRS. Cette organisation s'est révélée d'autant plus problématique lorsqu'au sein du CHRS 1, les services de stabilisation et d'insertion ont décidé de distinguer leurs réunions hebdomadaires, ce qui a impliqué de ne participer aux réunions du CHRS 2 qu'une semaine sur trois.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nettement opposées, qui font écho à la division du travail éducatif mis en œuvre au sein de l'accueil de jour : cette opposition s'observe entre travail de papier et travail relationnel (2).

1. Le travail éducatif entre gestion du collectif et accompagnement individualisé

Deux formes d'accompagnement différentes ont pu être observées au sein des CHRS, qui font écho aux temporalités diverses qui structurent la prise en charge (Gardella 2014a). La gestion du quotidien renvoie à des tâches immédiates, de court terme ou répétées, réalisées en urgence ou à des échéances précises, rappelant les cadences propres à l'urgence sociale (Gardella 2014c, 2016b). Elles sont mises en œuvre principalement en direction des personnes hébergées en service de stabilisation, dont un nombre important a connu un long parcours de rue : au moment de l'enquête à l'automne 2015, les personnes qui se voient proposer un hébergement de stabilisation sont inscrites depuis 2012 dans le logiciel qui recense l'ensemble des demandes (voir chapitre 6). Des travailleurs sociaux expliquent par ailleurs que certains hébergés ont connu des parcours de rue d'une dizaine d'années avant que les places de stabilisation ne leur permettent d'en sortir durablement[121], en raison des faibles contraintes qu'il induit. La stabilisation s'appuie précisément sur la proposition de routines, auxquelles les résidents ne sont pas contraints d'adhérer, mais que la plupart tendent à adopter au cours de leur inscription durable au sein du dispositif. L'accompagnement individualisé s'exerce quant à lui sur le long, voire le très long terme (Gardella 2016a), et prend des formes diverses en fonction des services dans lesquels il se déploie – bien que ces formes tendent en réalité à suivre des procédures standardisées. Centré sur les spécificités des personnes accompagnées, sur leurs caractéristiques sociales et administratives, il vise leur réaffiliation à la société intégrée, réaffiliation qui passe par une progressive mise à distance des institutions d'action sociale (Soulet 2012 ; Duvoux 2013). Si l'accompagnement individualisé est mis en œuvre au sein des services de stabilisation, il se donne à voir plus nettement dans le cadre des services d'insertion et fait l'objet d'évaluations renforcées par les pouvoirs publics qui encouragent les sorties « *positives* » ou « *par le haut* » des dispositifs d'hébergement (Rougier 2009 ; Rougier, Tardivon, et Waquet 2015).

Les tâches qui relèvent de la gestion du quotidien sont diverses. Il s'agit d'encadrer les repas, de collecter, laver et redistribuer le linge, de régler les différends qui peuvent éclater entre résidents, de répondre à leurs demandes immédiates et ne nécessitant pas de rendez-vous. Mises bout à bout, ces tâches permettent d'assurer le bon fonctionnement des dispositifs. L'une

[121] Cela ne signifie pas que les personnes concernées sont restées dans la rue sans interruption pendant cette durée. Comme l'ont souligné plusieurs travaux, les parcours de rue s'inscrivent dans des carrières de survie qui oscillent entre les institutions de prise en charge, et notamment d'hébergement, et la rue (Bruneteaux 2006, 2007, 2016; Pichon 1996; Pichon et al. 2010; Pichon et Torche 2011).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des tâches les plus emblématiques de la gestion du quotidien s'incarne par ailleurs dans le « *tour des chambres* » : celui-ci consiste en une visite quotidienne de chaque chambre des services de stabilisation (encadré 4.5).

Encadré 4.5 : notes de terrain, le tour des chambres.

23 septembre 2015, matinée au CHRS 1.

Alvès et Djamila, tous deux ME en alternance au sein du CHRS, me proposent de faire ma première « *tournée des chambres* » sur les coups de 10h. Je suis prévenu : je vais en prendre plein les yeux et le nez. En réalité, le résultat est bien moins grave que je ne pensais, peut-être parce que les éducs ont pensé que je n'étais pas du tout familier avec la population.

La procédure est toujours la même : Alvès ou Djamila toque une fois, en criant le nom de l'occupant, puis son propre nom, pour prévenir que « *c'est le tour des chambres !* ». En cas de non-réponse, on répète la procédure, puis l'éduc prévient de manière audible « *je rentre* ». Alvès m'explique que ces différentes mises en garde permettent de prévenir certaines situations vécues dans le passé, avec des personnes trouvées en train de se masturber, de s'injecter, et qui pouvaient réagir brutalement à l'intrusion des éducs. Quelques personnes dorment encore, certaines s'énervent lorsque la porte s'ouvre. Les deux éducs suggèrent qu'il est temps de se lever, sans insister. D'autres lisent, regardent la télé, s'habillent, se reposent. De fait, la plupart des chambres ne sont pas rangées ni propres. Lors de rares occasions, les odeurs sont incommodantes. Dans quelques cas tout de même, il s'agit d'odeurs d'excréments, mêlés à celles d'urine, de renfermé, de pieds, de saleté.

Les chambres sont classées selon 2 catégories : « *à faire* » et « *carnage* ». Je constate que la limite est finalement très fine, très subjective, entre ces différents degrés et en ce qui concerne le diagnostic de l'état de la chambre. Certaines chambres classées en « *à faire* », auraient tout aussi bien pu être classées en « *carnage* » au vu d'autres chambres classées comme telles, et inversement. La réputation des hébergés joue beaucoup : typiquement Alvès me met en garde avant de rentrer dans les chambres « *à risque* », c'est-à-dire des chambres où l'on trouve fréquemment des seringues, des excréments, des draps infectés par des pathologies de la peau.

***

Matinée du 21 octobre 2015, CHRS 2.

Juste après le petit-déjeuner, Aline (ES) me propose de faire le tour des chambres pour la première fois. J'accepte et nous montons aux étages. La procédure est la même que dans le CHRS 1 : Aline toque, s'annonce très clairement une première fois, puis une deuxième. Elle espère une réponse, mais même lorsqu'elle n'a pas lieu elle finit par ouvrir la porte. À la différence de l'autre CHRS, la configuration des chambres l'incite à entrer davantage dans la pièce pour y jeter un œil : ici aussi, elle prend beaucoup de précautions, préviens qu'elle va s'avancer.

Aline m'explique que le tour des chambres permet de s'assurer que « *tout le monde va bien* » : il est arrivé à plusieurs reprises que des personnes soient retrouvées décédées dans leur chambre au petit matin. Systématiquement, Aline en profite pour demander si les hébergés ont besoin de quelque chose et échange quelques secondes. Dans certains cas, elle demande aussi de ranger la chambre. En redescendant, elle m'explique qu'elle prend plus de temps que certains de ses collègues, qui ne respectent pas de temps d'attente entre l'annonce de leur présence et leur entrée dans les chambres.

En fonction des CHRS, les visées diffèrent : il peut s'agir de vérifier l'état des chambres, ou l'état des hébergés. Dans les deux cas néanmoins il s'agit d'un travail de veille et de surveillance des corps et des espaces, rappelant l'ambiguïté de la formation du « *chez-soi* » face aux représentations éducatives (Grand 2015). De façon plus générale, la gestion du quotidien relève rarement d'un accompagnement individualisé. Elle se veut au contraire indifférenciée et

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

prend parfois la forme d'activités collectives. Celles-ci sont diverses : sorties culturelles (cinéma, théâtre, plus rarement musées), en extérieur (sorties au bord de mer, promenades, marché de Noël), ateliers (de cuisine, de jardinage), sport (course à pied, boxe), sessions d'équithérapie[122]… Par la répétition de tâches pratiques (ranger, changer son linge), par l'inscription dans des activités de divertissement et de loisir (sport, sorties culturelles) et par l'acquisition de rythmes de vie structurés autour de repas réguliers et des cadences du travail éducatif, les résidents des CHRS sont inscrits dans des processus de normalisation (Bresson 2016 ; Blum et Neuberg 2019).

Pourtant, si ces processus visent à faire « *bouger* » les personnes accompagnées et à les « *mettre en mouvement* » (Blum et Neuberg 2019), il convient de nuancer ce postulat. Les tâches qui relèvent de la gestion du quotidien se déploient en premier lieu auprès des résidents des services de stabilisation. Il s'agit de les socialiser de façon diffuse à un mode de vie normé et normal, tel que le conçoivent les travailleurs sociaux des CHRS. Ces derniers sont néanmoins amenés à adapter leurs pratiques et leurs représentations vis-à-vis de personnes très désocialisées, en travaillant au sein de dispositifs conçus contre les temporalités très rythmées de l'urgence sociale et le *turnover* que celle-ci implique (Gardella 2014c). L'extrait d'entretien suivant, réalisé avec une monitrice-éducatrice du CHRS 1 sur le lieu de travail, suggère ainsi une adaptation des dispositifs et des professionnels au public dont ils ont la charge :

> Paul, il a un parcours de rue de 20 ans… c'est un grand marginal. Et sa difficulté à lui, c'est qu'il arrivait pas à se poser dans un hébergement, vu qu'il a un syndrome de Korsakoff, mais vraiment bien quoi… Et le problème dans les centres d'hébergement, c'est que t'as une place à disposition, tu rentres tel jour, mais si tu zappes le premier jour ou le lendemain, ta place elle est remise à quelqu'un d'autre. Et c'est ça qui est compliqué avec Paul : parce que même s'il y allait la première fois parce qu'il était accompagné par l'équipe de maraudes… lui, il ressortait faire un petit tour, vendre ses poèmes, et il retrouvait pas la route quoi. Et il se passait, un jour, deux jours, et ils remettaient sa place et il se retrouvait à la rue, tu vois. Et quand j'ai pris conscience de ça, ça a été violent quoi ! Je me suis dit, « *mais quel accompagnement on peut avoir avec ces personnes-là ?* ». Et du coup quand il est arrivé ici, j'ai expliqué que c'était un monsieur qui avait du mal à se stabiliser. Et du coup, on a gardé sa place pendant un mois sans qu'il soit là.
>
> Sophie, monitrice-éducatrice en stabilisation, CHRS 1, 26 ans.

Dans un contexte de pénurie structurelle des places d'hébergement (Cour des comptes 2007, 2011), ce type d'adaptation n'est pas la règle, mais tend à se diffuser. Dans le dispositif de stabilisation du CHRS 1 par exemple, les résidents sont autorisés par le règlement à s'absenter deux nuits par semaine de l'établissement sans prévenir, suggérant une adaptation au mode de vie des personnes que le dispositif cible. Le travail de gestion du quotidien oscille

[122] L'équithérapie désigne une activité qui vise à soigner ou à améliorer l'état de santé d'une personne par sa mise en contact et l'interaction avec des chevaux. Importée des États-Unis où elle s'est développée dans les années 1970, l'équithérapie s'inscrit dans un mouvement plus large de montée du « zoocentrisme » et de débats croissants autour de la « personnalité animale » (Michalon 2015, 2017), mais témoigne d'une ambiguïté profonde, le cheval étant à la fois reconnu comme un sujet de l'interaction mais aussi comme un support du soin.

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

ainsi entre visées d'adaptation des professionnels aux personnes qu'ils accueillent, et visées d'adaptation des résidents aux normes en vigueur, sinon dans la société intégrée, du moins dans les dispositifs d'insertion.

Ce travail diffus s'articule étroitement à un accompagnement de moyen et long terme qui s'inscrit quant à lui dans une relation nettement plus individualisée avec les personnes hébergées au sein des CHRS. Il s'appuie sur une intervention sociale ciblée, centrée sur l'individu, son vécu et sa psychologie (Bresson 2012 ; Alix 2019). L'accompagnement individualisé consiste en des démarches d'ouverture et d'accès aux droits, d'obtention de papiers d'identité, de soins, d'acquisition de normes d'hygiènes, de renouement avec des proches, de recherche de logement ou d'emploi… Ces démarches sont relativement ordonnées : certaines sont de première nécessité (obtention de papiers d'identité, domiciliation) et conditionnent l'accès à d'autres, plus ou moins éloignées (ouverture et accès aux droits sociaux). Le principal support de leur mise en œuvre s'incarne dans la rédaction d'un projet, nommé projet individualisé dans le CHRS 1, projet personnel d'orientation dans le CHRS 2. On connait les critiques adressées à la logique et à la rhétorique du projet (Boltanski et Chiapello 1999), qui contraint l'individu à anticiper des évolutions à moyen et long terme dans une situation d'incertitude très forte (Soulet 2005 ; Duvoux 2009 ; Castel 2009). De fait, le « *projet* » constitue une incitation pour les résidents à (se) penser en dehors des institutions d'aide et d'action sociales. Il implique ainsi un travail sur soi propice à la psychologisation de l'intervention sociale (Vrancken 2011 ; Vrancken et Maquet 2012 ; Bresson 2012) puisqu'il met l'accent sur l'individu, ses faiblesses et ses capacités, plutôt que sur les contraintes structurelles auxquelles il doit faire face (encadré 4.6).

Encadré 4.6 : notes de terrain, les entretiens individualisés et le projet d'accompagnement.

20 novembre 2015, matinée au CHRS 2.

Malik, ES en service d'insertion, me propose de participer à l'entretien qu'il réalise avec M. Ducheval. Malik lui demande de m'expliquer son parcours. Je suis surpris et souhaite réagir, mais Malik me prévient « *t'en fais pas, il a l'habitude* ». M. Ducheval a 25 ans, c'est son quatrième séjour dans le CHRS 2. La première fois, en 2008 il était mineur mais « *s'est fait passer pour son grand-frère* » pour être hébergé. Il finit par se faire repérer, quitte le CHRS. Il est hébergé par sa tante avant de revenir au CHRS 2 en 2010, toujours en insertion. Il en sort un an plus tard, pour s'installer avec sa compagne et ses deux enfants. Violent avec elle, une mesure d'éloignement est mise en place : il revient à cette occasion au CHRS 2, en stabilisation cette fois « *parce qu'il y avait pas de place en insertion* ». Malik intervient, lui demande de continuer.

Le séjour se passe bien, mais il quitte l'établissement, est jugé pour une affaire ancienne, et passe trois mois en prison. À sa sortie, il réintègre le CHRS, où il est depuis septembre. Malik reprend la parole : « *et c'est quoi l'objectif maintenant alors ?* » - « *Voir mes enfants* ». « *Et pour ça il faut quoi ?* ». Silence. « *Tu sais ce qu'il faut, mais il faut que tu y adhères* ». Nouveau silence. Malik explique que le tribunal a statué pour que M. Ducheval voit ses enfants une fois par semaine, et qu'il puisse les appeler une fois tous les deux jours. L'homme interrompt Malik. Il insulte sa femme et dit que « *c'est sa faute* » s'il ne voit pas ses enfants. Malik lui intime de se calmer, il poursuit : « *par contre, tu sais que tu dois être suivi et faire une cure* ». L'homme acquiesce, il reprend la parole et explique être « *allé dans la*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

came » [l'héroïne], puis « *la beuh* » [le cannabis], avant de « *retourner dans la came* ». Les échanges se poursuivent, j'apprends que Mr Ducheval a connu la DDASS et a passé 14 ans en famille d'accueil. Malik intervient « *tu te rends compte ?* ». Ducheval répond qu'il a « *conscience de reproduire ce [qu'il a] connu* ».

***

4 décembre 2015, après-midi au CHRS 1.

Je passe l'après-midi avec Ismae (conseillère d'économie sociale et familiale, CESF) en service insertion. Un ME sort du bureau, et Jérôme D., un hébergé d'une vingtaine d'années suivi par Ismae, rentre. Je le suis. Ismae lui demande comment ça va. Jérôme répond qu'il est épuisé : Ismae l'interroge sur sa nuit, s'il a mal dormi. L'homme répète qu'il est épuisé, explique qu'il s'est débarrassé de son lit et qu'il dort dans un fauteuil. Il a joué à la console toute la nuit, ce qui explique sa fatigue. Ismae lui demande s'il n'y a pas quelque chose d'autre. Silence, puis relance de la travailleuse sociale. Jérôme finit par reconnaitre qu'il prend des cachets dont les effets secondaires « *le cassent* ». Ismae explique qu'elle lui a déjà dit qu'elle ne peut pas faire grand-chose à ce sujet, et lui conseille de passer à la permanence médicale. Elle rebondit sur les activités de Jérôme, mais lui ne semble pas vouloir échanger. Elle insiste, puis évoque la gestion de son budget. Jérôme se braque, et demande à revenir plus tard : il est trop fatigué pour échanger. Ismae acquiesce, et répond : « *c'est comme tu veux Jérôme, c'est toi qui décides* ». Il sourit, et part. Ismae souffle, et passe à autre chose.

Ces situations mettent bien en lumière les ambiguïtés des entretiens individualisés et des projets d'accompagnement. Ils soulignent les injonctions à se raconter, y compris en évoquant des facettes qui relèvent de l'intime, ou de la vie privée (Astier et Duvoux 2006). Dans les deux situations, les récits de soi butent sur des éléments à propos desquels les interactions suggèrent qu'ils sont vécus comme honteux par les personnes hébergées. Il n'est pas aisé de savoir dans quelle mesure ma présence joue sur ce sentiment de honte : les deux professionnels sont déjà au courant des éléments honteux (les violences conjugales et les usages de psychotropes dans un cas, la consommation de cachets, probablement des psychotropes également dans l'autre), et il est possible que ma présence redouble ce sentiment. Au-delà de cette considération, ces interactions témoignent d'une responsabilisation accrue des hébergés : ils sont enjoints à assumer leurs actes pour mieux s'en défaire, démarche emblématique du *case work* et d'une approche psychologique et clinique des problèmes sociaux (Bresson 2012 ; Gaspar 2012 ; Alix 2019). En cela, le projet s'inscrit en adéquation directe avec la promotion de l'autonomie et plus généralement la promotion d'individus « *entrepreneurs d'eux-mêmes* » (Foucault 2004b). Défini et mis à jour à échéance régulière, il consiste à identifier les points ou les axes que le travail éducatif doit permettre d'améliorer dans la situation de la personne concernée. Plusieurs ambiguïtés traversent pourtant la rédaction des projets d'accompagnement :

> Au niveau des pratiques, ça a évolué aussi avec la mise en place de la loi 2002-2… Elle date cette loi, mais la mise en place, concrètement, elle est arrivée plus tard. Après, on a essayé de mettre un peu plus l'accent sur le projet des gens, leur demande, et… les mettre plus au cœur du projet. C'est quelque chose vers lequel on tend, après on n'est pas forcément bon là-dessus. C'est quelque chose qui anime un peu plus la pratique qu'avant. Là on est justement en train de retravailler le projet personnalisé mais c'est pas un outil qu'on utilise encore correctement. J'ai l'impression que pour le moment, les projets on les fait parce qu'il faut les faire mais la personne est pas forcément partie prenante de ce projet. Pour moi honnêtement le projet personnalisé, comme il est fait actuellement, il est pas, il vit pas, c'est pas un outil qui vit. Il est fait parce qu'il doit être fait, c'est plus une

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> exigence, une formalité de plus quoi. Après il est transversal, moi je vois les gars en entretien, j'ai leur demande en tête, les objectifs tout ça, après c'est pas forcément écrit. Mais bien sûr qu'on se cale quand même sur la demande des gens (rires), un minimum !
>
> Margaux, éducatrice spécialisée, stabilisation et LHSS, CHRS 2, 30 ans.

Comment tu fais avec une nouvelle personne qui arrive ici ?

> Je lui laisse en général quelque jour, je me présente, je lui dis que je suis là, je la laisse venir. Si elle vient pas, on la convoque pour deux ou trois entretiens pour faire son bilan DDCS. Après j'essaie de mettre en place des médiations formelles ou informelles pour nouer un lien avec elle, tisser la relation. Après quand la relation est installée, si on peut travailler quelque chose. Après, on a des bilans à remplir, donc c'est compliqué de laisser du temps, mais je pense que c'est important de laisser du temps. De toute façon, si on leur saute dessus, elles fuient…
>
> Colin, moniteur-éducateur du service de stabilisation, CHRS 1, 28 ans

Deux tensions ressortent nettement quant au travail des professionnels en CHRS. La première a trait à la place des usagers dans les projets d'accompagnement ; la seconde, à l'évaluation, par les pouvoirs publics, du travail accompli par ces professionnels. Comme le suggère Margaux, éducatrice au sein du CHRS 2, ces deux dimensions ont été renforcées avec la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en reconnaissant des droits aux usagers des institutions qui mettent en œuvre ces actions et en instaurant des modalités de contrôle, de financement et d'évaluation accrues à leur égard (Bauduret et Jaeger 2005). Officiellement, le projet personnalisé repose sur, autant qu'il dépend de la formulation d'une demande d'accompagnement, peu évidente en ce qui concerne les personnes les plus marginalisées (Warin 2013, 2016). Pourtant, la formulation de cette demande est présentée comme centrale dans la mesure où elle donne matière à travailler. Elle est vécue par les travailleurs sociaux comme un moyen de replacer les résidents au cœur du projet d'accompagnement, et de faire avec eux, plutôt que pour eux.

En réalité, les injonctions émanant des pouvoirs publics apparaissent nettement plus contraignantes que la nécessité de prendre en considération les demandes des usagers, l'asymétrie entre accompagnés et accompagnants laissant peu de marge de manœuvre à ces derniers. En effet, les projets d'accompagnement se confondent largement avec les « *bilans DDCS* », qui désignent les rapports individuels envoyés à échéance régulière à l'État afin de justifier des actions menées. Placés entre les résidents et les financeurs, les travailleurs sociaux oscillent constamment entre la nécessité de donner du temps aux premiers, tout en cherchant à en gagner afin de valoriser leur travail auprès des seconds. Le logement, porte de sortie emblématique des parcours d'hébergement, fournit un bon exemple des divers décalages qui peuvent se faire jour entre les aspirations d'une personne accompagnée, les injonctions des pouvoirs publics et les représentations des travailleurs sociaux :

> Le logement c'est pas forcément le projet dans un premier temps. Y'a énormément de personnes, c'est pas leur premier objectif. Donc moi je pense qu'il faut toujours partir de la demande de la personne. Si elle souhaite vraiment avoir son logement, pourquoi pas. Maintenant, je pense que ça va pas tout résoudre. Y'a des personnes qui ont besoin du collectif, qui sont institutionnalisées depuis

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> très longtemps, donc je pense que c'est important de rompre cette institutionnalisation mais ça va prendre du temps. On peut pas dire qu'on va prendre un monsieur, le mettre dans un logement, et hop, il sera plus institutionnalisé, non. Ça va prendre du temps.
>
> Renaud, éducateur spécialisé en stabilisation au CHRS 2, 30 ans

« *L'institutionnalisation* » évoquée par Renaud renvoie au processus d'attachement social, affectif et relationnel, des résidents de CHRS. L'un des paradoxes de l'accompagnement individualisé est précisément de réussir à nouer un lien pour mieux s'en défaire dans le cadre d'un projet de réinsertion. Alors que l'accès au logement constitue l'une des priorités des pouvoirs publics afin de désengorger les dispositifs d'hébergement (Pinte, Rougier, et Chambaud 2008 ; Rougier 2009 ; Lanzaro 2013), et alors qu'il peut également être une demande formulée par un résident, les travailleurs sociaux conservent une marge de manœuvre dans le cadre de la relation d'accompagnement (Evans et Harris 2004).

2. Travail de papier et travail relationnel

Cette marge de manœuvre peut être envisagée comme une adhésion différenciée aux injonctions étatiques et aux modalités de réalisation des accompagnements éducatifs. De fait, les deux formes d'accompagnement qui en relèvent sont l'objet de représentations différenciées de la part des travailleurs sociaux qui tendent à valoriser, ou non, les tâches qui y sont associées (Le Floch 2008). Cette division morale du travail répond à une division sociale (Hughes 1958, 1962 ; Lhuilier 2005) qui prend des formes différentes selon les CHRS observés. Si une même distinction existe au sein des deux CHRS entre stabilisation et insertion, l'accompagnement socioéducatif n'y est pas mis en œuvre selon les mêmes modalités. Au sein des deux CHRS néanmoins, la quasi-totalité des travailleurs sociaux est titulaire d'un diplôme d'éducation spécialisée ou supérieur. Dans le CHRS 1, une distinction nette est opérée entre deux segments de travailleurs sociaux : les moniteurs-éducateurs (ME), d'une part, et les éducatrices spécialisées (ES), d'autre part – il s'agit de trois femmes au moment de l'enquête. Cette distinction n'existe pas au sein du CHRS 2, où tous les travailleurs sociaux sont salariés au statut d'éducateur spécialisé. La répartition des tâches qui relèvent de l'accompagnement social des résidents s'en ressent. En effet, alors que tous les travailleurs du CHRS 2 sont supposés assurer des tâches communes, elles sont plus nettement divisées au sein du CHRS 1 : tandis que les moniteurs-éducateurs sont en charge de la gestion du quotidien, les éducatrices spécialisées sont plus spécifiquement chargées de l'accompagnement de long terme.

Au sein du CHRS 1, la segmentation du travail d'accompagnement social entre ME et ES suggère spontanément une valorisation du travail des seconds, corrélée à une dépréciation du travail des premiers. Au-delà d'un écart de diplôme et de salaire (Ravon et Ion 2012), le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

statut subalterne des ME se traduit dans l'organisation du travail par des horaires d'internat, c'est-à-dire une amplitude horaire qui court de 7h à 22h, ainsi que du travail le weekend. On peut pourtant nuancer l'idée d'une dépréciation systématique du travail des ME vis-à-vis du travail des ES. Si la mise en place d'une « *double référence* » dans l'accompagnement des résidents tend à euphémiser la division du travail, le sale boulot est identifié comme tel à partir de représentations diffuses, parfois contradictoires, que l'on peut rapporter aux dispositions des agents et à leurs trajectoires socioprofessionnelles. Alice, titulaire d'un diplôme d'ES, qui a précédemment occupé pendant deux ans un poste de ME au sein du CHRS 1 et qui occupe un poste d'ES depuis 6 mois au moment de l'entretien, explique ainsi :

Quelle différence il y a entre l'accompagnement ME et ES ?

Bah du coup, ME, on n'est pas responsable de la situation, tu vois, on n'est pas garant de la situation de la personne, on est plus sur le collectif, on va aider les ES dans le suivi, mais on est plus éloignés. Alors qu'ES, on est vraiment garant et du coup on doit vraiment savoir gérer la situation administrative de la personne, puisque nous la plupart, ils la gèrent pas, ils mettent de côté parce que ça les intéresse pas. Mais voilà, on doit gérer du coup, tout ce qui est administratif, mettre les droits à jour, s'assurer que, je sais pas… ils puissent gérer leur argent, voir s'il y a pas une mesure de curatelle ou de tutelle à mettre en place, travailler le projet avec la personne… c'est aussi le rôle de l'éducateur. C'est plus… ouai, c'est plus administratif, et il y a vraiment ce gros rôle, où c'est toi qui dois gérer la situation avec la personne.

OK. Et ça te plait plus ?

Non. Pas du tout.

C'est vrai ?

Oui. Ça me plait moins. Si j'avais le choix de… si je revenais en arrière…. En fait, je connaissais pas le poste de ME quand j'ai fait mes études, mais je pense que j'aurais préféré ce poste-là. Enfin ce diplôme-là. Et c'est juste parce que j'ai envie de faire valoir mon diplôme… parce que j'ai fait trois ans d'études, je me dis autant le faire valoir.

Alice, éducatrice spécialisée en service de stabilisation, CHRS 1, 24 ans.

L'adhésion d'Alice au poste d'ES s'explique par une adéquation avec son diplôme plutôt qu'aux tâches qui s'y rapportent. La dévalorisation du poste d'ES se rattache explicitement au « *travail administratif* », entendu comme l'ensemble des tâches et procédures qui se rattachent à la formalisation écrite des mesures mises en œuvre dans le cadre d'une relation d'accompagnement. Ce travail, bien qu'il repose sur une compétence propre et particulièrement valorisable dans le secteur des politiques sociales (Dubois et Baudot 2012), n'est pas valorisé par les ES, qui l'envisagent assez nettement comme un dévoiement du métier (Aballéa 1996). De fait, davantage qu'un outil de travail, le travail administratif constitue une modalité d'évaluation privilégiée pour l'État (Chevallier 2001), qui s'assure ainsi du travail réalisé avec les financements qu'il attribue (Hibou 2013). Significativement, le témoignage d'une ME titulaire d'un diplôme d'ES exprime un point de vue inverse à celui d'Alice, mais complémentaire :

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Moi j'ai une formation d'éduc, sur un poste ME et je travaille beaucoup sur les dossiers en plus de tout ce qui est quotidien. Donc ça me tient à cœur, j'ai vraiment envie de travailler dans l'accompagnement administratif et tout, donc du coup je fais ça aussi en plus de tout ce qui est quotidien, gestion du quotidien […].
>
> **Et tu préfèrerais être éduc à temps plein ?**
>
> Non (rires) ! Non, non non, mais ici en fait, c'est qu'il y a vraiment le collectif, et c'est quand même plus sympa de voir les gens, de partager des moments avec eux, que de sa taper des dossiers toute la journée quoi. […] C'est pour ça que moi je me retrouve vraiment dans ce que je fais là, mes missions de monitrice-éducatrice, et en même temps, mon petit travail d'éduc à côté, c'est impeccable.
>
> **Du coup toi tu remplis des bilans DDCS ?**
>
> On le fait, ouai, avec les éducatrices référentes, on s'arrange suivant… par rapport aux dates, aux délais. Les chefs nous sollicitent vraiment pour le faire aussi, pour qu'on ait aussi un rôle là-dedans en fait. Ce qu'on fait souvent c'est qu'on fait l'entretien ensemble, et puis après il y a l'une ou l'autre qui le tape. Souvent, dans mon cas, c'est la collègue éducatrice qui le fait. J'en fais quelques-uns, mais souvent c'est l'éducatrice.
>
> Sophie monitrice-éducatrice en stabilisation, CHRS 1, 26 ans.

Ici encore, un rejet du travail administratif se fait jour, de façon plus ambigüe néanmoins. Dans le cas de Sophie, l'écart entre le diplôme et le poste occupé apparait déterminant : elle aspire à se rapprocher du statut d'ES, tout en ayant conscience des inconvénients que celui-ci induit, en l'occurrence en termes de production écrite. Sa double casquette lui permet de cumuler les avantages de son statut de ME et de son diplôme d'ES. Un troisième témoignage confirme ces impressions et souligne la bureaucratisation croissante du travail socioéducatif :

> Moi je trouve par exemple, que parfois je fais trop de papiers, alors que j'aimerais retrouver le collectif, en tant que ME, vraiment. Mais je suis obligée parce qu'ils sont que trois les éducs… et si je veux que mes suivis, leur situation tienne la route, faut que je m'implique aussi. Les éducs spé, je pense aussi, qu'avec les ME qui s'impliquent plus et qui font plus de démarches administratives, ils vont lâcher un peu, parce que de toute façon ils peuvent pas s'en sortir. […] Au début, quand je suis arrivée, j'avais pas de suivi : c'était trop bien (rires), je faisais plein de sorties en groupes, de sorties culturelles, des activités, c'était chouette quoi. Et petit à petit, on te met des suivis, petit à petit on enlève des professionnels, on rajoute des personnes, et tu te retrouves dans une spirale qui fait que t'es obligée de faire des papiers, des papiers… Moi ça va : je suis ME. Mais j'aimerais pas du tout être ES parce que du coup j'ai encore le droit de dire « *bah les papiers, moi je m'en fous et aujourd'hui je vais faire l'essentiel avec les personnes quoi parce qu'elles en ont besoin* ». Et tous les ans, en entretien individuel je dis que je voudrais faire plus de collectif, mais j'y arrive pas en fait, parce que toutes les semaines t'as des nouvelles urgences…
>
> Lydie, monitrice-éducatrice en service de stabilisation, CHRS 1, 35 ans.

Dans le cas de cette professionnelle embauchée au statut associé à son diplôme de ME, la place croissante occupée par le travail administratif apparait particulièrement illégitime. Son rejet marqué de celui-ci doit par ailleurs être rapporté à sa trajectoire sociale : issue d'un milieu populaire, elle explique avoir arrêté l'école précocement suite à des « *bêtises d'ado* ». Elle s'oriente vers un CAP de fleuriste, avant d'aspirer à « *quelque chose de plus intéressant* ». Dans le cadre d'un poste de secrétaire dans une association d'insertion, elle commence à s'intéresser

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

à la prise en charge de la question sociale et s'inscrit en formation continue pour obtenir son diplôme de ME. En dehors de son expérience de secrétaire, Lydie entretient un rapport distant à l'écrit, qui se retrouve dans son aversion pour le travail administratif. En ce qui la concerne et contrairement à la plupart de ses collègues ME, plutôt qu'une perspective socialisatrice susceptible de s'apparenter à une montée en compétence, sa participation à la « *double référence* » dans l'accompagnement socioéducatif des résidents est nettement dévalorisée parce qu'elle s'opère au détriment du travail de gestion du quotidien en collectif.

Ces éléments éclairent les témoignages recueillis à propos du travail dont sont chargés les ME et les ES au sein du CHRS 1. Les tâches qui relèvent de la gestion du quotidien, principalement assurées par les ME, induisent une proximité physique plus marquée avec les résidents. Le tour des chambres notamment, amène les travailleurs sociaux à être en contact avec les odeurs et les fluides corporels des résidents, contact qui, dans l'analyse classique de Hughes, est caractéristique du « *sale boulot* » (Hughes 1962 ; Arborio 1995 ; Memmi, Raveneau, et Taïeb 2016). Néanmoins, ces tâches ne font pas l'objet d'un rejet unanime. Les plus jeunes travailleurs sociaux, notamment les stagiaires et apprentis, tendent ainsi à valoriser particulièrement les tâches relevant de la gestion du quotidien, en premier lieu le tour des chambres. Ils font preuve d'excitation à l'idée de tomber sur des chambres particulièrement dégradées, répètent le terme « *carnage* » à plusieurs reprises, anticipent ce qu'ils sont susceptibles de découvrir en ressassant des souvenirs et des rumeurs sur des évènements passés (situations flagrantes de masturbation, de défécation, odeurs associées, violence des usagers, etc.). Ce recours au sensationnalisme contribue à valoriser une tâche par ailleurs dépréciée dans la division du travail, et suggère une forme d'*adhésion* exacerbée au rôle – à rebours de la « *distance au rôle* » identifiée par Goffman (Goffman 2002) – et d'un alignement des tâches réalisées sur le sens éducatif qui leur est attribué. Plus généralement, la gestion du quotidien n'est pas dépréciée par les travailleurs sociaux, qui tendent au contraire à souligner la dimension plus informelle et plus relationnelle des tâches qui en relèvent :

> Moi j'adore mon boulot ! C'est super, tout ce qui est quotidien, bosser sur le quotidien avec les gens : l'accompagnement à la douche… c'est des petits moments qu'on vit avec les personnes, qui sont privilégiés. Tu vois l'autre soir on chantait sous la douche avec Alain, et c'était juste... un super moment (rires) ! C'est des petits moments, y'a plein de petits moments comme ça, qui sont privilégiés avec les résidents. Même, des fois ils sont chiants parce qu'il faut toujours les suivre, il faut toujours être derrière eux, mais ça reste agréable.
>
> Sophie, monitrice-éducatrice en stabilisation, CHRS 1, 26 ans.

Les activités de la gestion du quotidien ont un statut ambigu. Elles sont couramment présentées parmi les tâches les plus plaisantes du travail socioéducatif, celles qui ont le plus de sens et qui sont le moins susceptibles d'être sujettes à une évaluation extérieure. Néanmoins, elles sont aussi les premières sacrifiées dans le cadre du travail :

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Maintenant on nous demande de plus en plus de choses et les activités, ça prend vraiment une petite place quoi. Moi j'en fais aucune des activités.
>
> Albane, éducatrice spécialisée en stabilisation, CHRS 2, 39 ans.

> On fonctionne avec plusieurs structures qui proposent des places et des initiatives, donc ça c'est quand même… ça nous aide un peu pour les orienter sur des activités. Parce qu'on n'a pas trop le temps… enfin moi j'avais fait une activité ici, en salle polyvalente, mais bon c'est très compliqué de se dégager du temps en fait.
>
> Sophie, monitrice-éducatrice en stabilisation, CHRS 1, 26 ans.

Ces éléments témoignent de l'interférence de considérations exogènes au travail social dans l'évaluation de celui-ci : il importe peu, et de moins en moins, que les travailleurs sociaux – sans parler des hébergés eux-mêmes – donnent du sens à ces tâches dès lors que les critères d'évaluation portent sur des tâches quantifiables et mesurables. De tâches valorisées pour leur absence d'une logique comptable qui tend par ailleurs à se diffuser de plus en plus dans les différents segments du travail social (Chauvière 2007 ; Alix 2019), elles sont déléguées à des prestataires extérieurs, des bénévoles, des stagiaires et apprentis spécifiquement chargés de s'y consacrer. Elles tendent ainsi à glisser vers la sphère du travail gratuit ou non salarié, dans le cadre de ce que Maud Simonet identifie comme de « *l'emploi à venir* » : il s'agit à la fois de faire ses preuves, en espérant voir ce travail valorisé par une proposition d'emploi ; mais en retour, cette délégation présente le risque d'une substitution du travail gratuit au salariat, et d'un flou croissant entre ces deux registres de travail (Simonet 2018).

III. Éduquer en contrôlant ? Les ambigüités du travail éducatif en CHRS

Afin de conclure l'analyse consacrée à l'accompagnement mis en œuvre dans le cadre des CHRS étudiés, on s'intéresse aux tensions qui traversent le travail éducatif. Celui-ci se décline selon deux modalités assez emblématiques, qui renvoient à une interrogation plus générale sur les formes et les objectifs du contrôle social (Lenoir 1997 ; Bodin 2012), entre ses visées intégratives, envisagées dans une perspective durkheimienne (Durkheim 1893, 1897) et ses visées de surveillance et de coercition, dans une perspective foucaldienne (Esprit 1972 ; Foucault 1975). Plutôt que de s'opposer frontalement, ces deux dimensions s'articulent et se coordonnent dans le quotidien du travail de prise en charge en CHRS. Après avoir étudié les logiques socioéducatives de l'accompagnement social en CHRS et les visées de socialisation à l'autonomie qui s'y déploient (1), on analyse la gestion des comportements déviants des résidents à l'œuvre dans les dispositifs étudiés, en soulignant d'abord la centralité du travail partenarial dans la diffusion de pratiques communes aux professionnels des CHRS (2), puis en

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

soulignant quelques ambivalences que les observations réalisées dans ls CHRS ont permis de constater lors de l'enquête (3).

1. De la stabilisation à l'insertion… et inversement

Au sein des deux établissements, on retrouve deux services distincts, la stabilisation et l'insertion, régis par des règlements qui diffèrent (annexes 4.1 ; 4.2 ; 4.3 ; 4.4). Un troisième dispositif, peu investi durant l'enquête, regroupe l'hébergement en diffus, c'est-à-dire en dehors des bâtiments qui hébergent la majorité des usagers. Ces trois services reposent sur une hiérarchisation explicite, dont témoignent différents éléments, tels que le niveau de « participation » financière, les droits et les devoirs associés aux différents dispositifs. Ces différents services dessinent des parcours de réinsertion qui ont vocation à socialiser à l'autonomie les personnes inscrites dans cette relation (Duvoux 2009). L'objectif, plus ou moins explicitement formulé, est d'approcher des formes de vie sociale intégrées : vivre en logement autonome, avoir un emploi, se nourrir, se soigner, se laver, composer avec les contraintes du quotidien (administratives, financières, relationnelles), entretenir des relations sociales… L'accompagnement social dénaturalise toutes ces activités en insistant sur l'apprentissage qu'elles nécessitent, apprentissage qui résulte autrement de mécanismes de socialisation primaires et secondaires (Castel 2003, 2009 ; Darmon 2006). Dans les situations de désaffiliation, le travail social s'affirme comme un relais décisif et comme un filet de sécurité pour les personnes les plus précarisées (Autès 1999 ; Ravon et Ion 2012). Dans la logique du système AHI et des parcours évolutifs qu'il promeut, les hébergés sont supposés progresser d'un service à l'autre : de la stabilisation vers l'insertion, puis vers l'hébergement diffus.

Les places de stabilisation ont été créées pour se substituer aux places d'hébergement d'urgence, critiquées pour le *turnover* très fort qui les caractérise (Soulié 1997 ; Bruneteaux 2006 ; Gardella 2014c) et l'impossibilité de mettre en œuvre un accompagnement social qui en résulte (Bruneteaux 2007 ; Gardella 2016b). Elles ont vocation à pallier ce déficit d'accompagnement en offrant un hébergement pérenne, faiblement contraint et s'adressant aux mêmes profils de population que ceux de l'urgence sociale. Pour les professionnels comme pour les hébergés, il s'agit d'avoir du temps. Une partie des personnes hébergées en stabilisation correspondent à la figure du clochard, mythifiée avec une certaine nostalgie par les professionnels. Une autre partie regroupe des figures relativement hétérogènes du point de vue de l'origine nationale et de l'âge qui ont en commun d'être en rupture marquée vis-à-vis des réseaux de sociabilité primaires et secondaires (Castel 1995). La plupart a connu des périodes de squats et pour certains d'errance (Pattegay 2001) et beaucoup consomment activement et massivement différentes substances psychoactives illicites (Schlegel 2015). Partant de ce

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

constat, l'hébergement de stabilisation a vocation à proposer un cadre d'accueil faiblement contraint et se veut inconditionnel :

> Ici, c'est inconditionnel. Donc sur la stabilisation, on peut même dire qu'on est à bas seuil oui. Aucune exigence, aucun critère, aucun filtre.
>
> Patrick, chef de service stabilisation, CHRS 1, 46 ans

Dans ce contexte, la stabilisation correspond presque à l'application d'un droit à l'habitat, le logement étant, dans les représentations des travailleurs sociaux, inatteignable pour cette catégorie de population. À l'inverse, les places d'insertion sont nettement envisagées comme un sas vers le logement. Les personnes qui y accèdent sont identifiées comme plus autonomes par les travailleurs sociaux qui mettent en œuvre cet accompagnement. L'un des premiers critères pour l'accès à l'insertion est d'avoir des ressources, qui peuvent être limitées mais doivent être régulières. Dans le CHRS 2, la participation financière des hébergés en insertion est fixée à 30 % de ces ressources, alors qu'elle est de 15 % en stabilisation, lorsque la personne a effectivement des ressources. Le règlement prévoit néanmoins que la participation financière en insertion ne peut laisser les hébergés avec des ressources inférieures à 30 % du RSA (moins de 200 euros). Dans le CHRS 1, avoir des ressources n'est pas absolument nécessaire pour accéder à l'insertion, mais préférable. Le cas échéant, la participation oscille entre 3 et 10 euros par jour selon le montant des ressources, soit entre 90 et 310 euros environ par mois. Le règlement ne prévoit pas de participation pour les personnes hébergées en stabilisation. Ces écarts sont un premier élément qui traduit la distinction entre la stabilisation et l'insertion : alors que la première n'induit aucune contrainte financière, la seconde repose sur un paiement régulier. Si la solvabilité financière est une condition importante de l'accès à l'insertion, elle n'est pas l'unique critère. C'est aussi et surtout l'évaluation du degré d'autonomie des personnes accompagnées qui donne accès à l'insertion. Pourtant, la signification et l'identification de celle-ci sont problématiques :

> Après, qu'est-ce que l'autonomie ? Ce sera toujours la question. Mais normalement, c'est les gens qui sont en capacité de s'acheter à manger, de se faire à manger, de ranger leur appartement, de payer un loyer, d'aller prendre soin d'eux quand ça va pas. Moi je pars de ce principe, c'est le B.A BA.
>
> Ismae, Conseillère en économie sociale et familiale en service insertion, CHRS 1, 35 ans.

Si l'on s'en tient à cette définition, très peu, voire aucune des personnes hébergées dans les deux CHRS (n')auraient pu être hébergées en service d'insertion. En réalité, l'autonomie constitue davantage un processus qu'un état, par lequel les professionnels de l'accompagnement distinguent des étapes plus ou moins formelles dont le franchissement traduit une forme d'adaptation progressive aux normes de la société intégrée. Posséder des papiers d'identité à jour, avoir entamé des démarches pour obtenir des droits sociaux, honorer les divers rendez-vous pris dans le cadre de l'accompagnement, savoir gérer sa consommation

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'alcool ou de produits psychotropes, formuler l'envie de « s'en sortir » sont autant d'indices qui permettent d'identifier une adéquation aux places d'insertion. Ces indices s'incarnent en outre dans deux critères informels qui permettent d'identifier l'autonomie : d'une part, la capacité à être proactif dans la relation d'accompagnement avec un travailleur social, c'est-à-dire à proposer de nouvelles étapes dans le parcours de réinsertion, indépendamment de la seule volonté de l'accompagnant ; d'autre part, l'acceptation des contraintes croissantes et inhérentes au processus de réinsertion qui visent à responsabiliser l'individu (Soulet 2005). Par ailleurs, dans la mesure où l'orientation en service d'insertion se fait sur le critère d'une autonomie jugée suffisante, l'accompagnement au sein de ce service est supposé être plus rapide. En réalité, précisément parce que l'autonomie est une notion floue et fluctuante (Duvoux 2009), elle est sujette à des interprétations contradictoires :

> Le projet de sortie, c'est quand la personne elle arrive. Je lui laisse quand même le temps de s'installer et de découvrir. Parce qu'au premier rendez-vous t'as l'impression que tout est beau, tout est rose, et au bout de quelques mois tu t'aperçois que c'est la grosse mouise. Qu'il y a rien. Alors même que l'ancienne structure [qui accueillait la personne] pensait que tout allait bien.
>
> Céline, éducatrice spécialisée, CHRS 1, 31 ans

La répartition des professionnels sur chacun de ces deux services est en partie révélatrice de ces représentations et de la distinction dans les degrés d'autonomie des personnes accompagnées. Dans le CHRS 2, les professionnels affectés à la stabilisation, donc aux personnes théoriquement les plus marginalisées et les moins autonomes, sont légèrement plus nombreux que ceux de l'insertion. En incluant les professionnels du diffus néanmoins, la majorité se renverse et l'insertion compte davantage de salariés que la stabilisation. Si cet aspect est souligné, c'est dans la mesure où, sur ce point, une nette différence s'observe par rapport au CHRS 1, où la répartition entre salariés de la stabilisation et de l'insertion a été évoquée comme problématique à plusieurs reprises, contrairement au CHRS 2. Au final, à population de personnes hébergées quasiment égale, des différences importantes existent dans les taux d'encadrement (tableau 4.2).

Tableau 4.2. Taux d'encadrement des populations hébergées dans les CHRS 1 et 2.

	CHRS 1		**CHRS 2**	
	Stabilisation	**Insertion**	**Stabilisation**	**Insertion**
Population hébergée	50	65	55	65
Nombre de professionnels encadrants (hors diffus)	9	3	5	4
Nombre de professionnels encadrants (diffus inclus)	n/a	3	n/a	7
Taux d'encadrement moyen hors diffus	1 pour 6	1 pour 22	1 pour 11	1 pour 17
Taux d'encadrement moyen diffus inclus	n/a	1 pour 22	n/a	1 pour 9

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le taux d'encadrement le plus élevé se trouve ainsi au service de stabilisation du CHRS 1, où celui-ci est presque deux fois plus important que dans le CHRS 2. En revanche, l'écart est flagrant entre services d'insertion, puisqu'on compte seulement un éducateur pour 22 hébergés au CHRS 1 en moyenne, contre un pour 9 au CHRS 2. Au cours de l'enquête, cette situation est à plusieurs reprises dénoncée par les éducateurs du service d'insertion du CHRS 1. Un paradoxe est particulièrement mis en avant : l'insertion compte à peu près autant d'hébergés que la stabilisation, elle est mieux financée que cette dernière, mais le taux d'encadrement lui est 3,5 fois inférieur. Cet écart se justifie par une hypothèse implicite qui a trait au profil des populations qui relèvent de chaque dispositif : identifiées comme plus « autonomes », les personnes relevant de l'insertion nécessiteraient un travail d'accompagnement moins conséquent, et par conséquent un taux d'encadrement inférieur au service de stabilisation. Or cette différence dans le degré d'autonomie des personnes accueillies dans chacun des deux services est loin d'être évidente :

> On a un public qui est… déjà, d'une, qui ne relève pas de l'insertion, qui relèverait plus de la stab'. De toute façon, on le voit : quand ils arrivent en insertion, malheureusement on attend que les choses se dégradent, que les choses empirent, pour pouvoir les réorienter, ou les faire passer chez nous en stabilisation. Je trouve ça malheureux, et très maltraitant, c'est des choses que je ne supporte plus dans le travail que je fais.
>
> José, éducateur spécialisé en insertion au CHRS 2, 30 ans

> On se rend compte que des gens en diffus, on a dû carrément les rebasculer sur de la stabilisation. Et c'est pas la première fois que ça arrive ! On a dû faire des bidouilles en interne, muter untel là, pour mettre lui là, pour que l'autre il puisse revenir là pour qu'on ait un œil dessus au-dessus de nos bureaux…
>
> Ismae, Conseillère en économie sociale et familiale en insertion, CHRS 1, 35 ans.

> De plus en plus, les deux services sont mélangés. Parce que comme c'est plus nous qui gérons nos places, on peut plus faire de sélection depuis la mise en place du SIAO. Avant, on fonctionnait vraiment comme ça. Avec la distinction : t'avais les chefs de service qui vérifiaient bien que la personne avait ses papiers, était prête, que le soin débordait pas sur toutes les autres démarches administratives à faire, et que la personne était vraiment volontaire pour aller en logement. Depuis qu'il y a le SIAO, bah ils orientent la personne à partir de la liste et ils font pas forcément attention au statut de la personne, au moment où elle en est.
>
> Albane, éducatrice spécialisée en stabilisation, CHRS 2, 39 ans

La frontière des profils d'usagers relevant de chacun des deux services est trouble, et loin d'être aussi marquée que ne le laisse supposer le taux d'encadrement. Deux raisons principales expliquent ce faible écart : les deux CHRS étudiés revendiquent appliquer le principe d'inconditionnalité de l'accueil et ne distinguent pas réellement les personnes accueillies au titre de la stabilisation, de celles accueillies au titre de l'insertion. Par ailleurs, les places d'insertion sont mieux financées que les places de stabilisation alors qu'elles accueillent une population théoriquement plus autonome et par conséquent moins difficile : par conséquent, les associations ont un intérêt financier à privilégier le dispositif d'insertion sur celui de la stabilisation, en dépit d'une proportion assez faible de personnes ayant en réalité le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

profil de l'insertion. Dans le troisième extrait, Albane souligne aussi le rôle de la mise en place du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) dans le brouillage des profils de personnes admises en stabilisation ou en insertion. Comme on le détaille dans le chapitre 6, le dispositif a effectivement modifié les modalités d'accès à l'hébergement en centralisant l'ensemble des offres et des demandes de places d'hébergement. Néanmoins, si le SIAO joue sur la répartition des demandeurs d'hébergement, celle-ci n'est pas aussi mécanique que le laisse croire l'éducatrice : la répartition, si elle est supposée suivre un ordre institué par des listes d'attente, prend en réalité d'autres critères en considération qui sont abondamment discutés par les travailleurs sociaux en commission. Si les professionnels des CHRS étudiés observent une confusion dans les profils de personnes accueillies au sein des deux services, c'est principalement parce qu'ils appliquent pour l'inconditionnalité de l'accueil, contrairement à d'autres CHRS qui continuent d'opérer une sélection discrétionnaire des demandeurs.

2. La gestion des comportements déviants et le travail partenarial

Une autre facette du travail éducatif en CHRS, étroitement lié au respect de l'inconditionnalité de l'accueil, mérite d'être évoquée : celle qui concerne les comportements déviants des hébergés et leur gestion. Différents types de comportements peuvent être étiquetés comme déviants par les travailleurs sociaux. En premier lieu néanmoins, un constat général opéré par les professionnels des deux CHRS est celui d'une forte prévalence des troubles psychiques et addictologiques parmi les personnes hébergées :

> On a un public qui est très difficile par rapport soit à une addiction, soit à de multiples addictions… et *puis, il faut pas se leurrer, y'a un gros problème patho[logique] derrière*. Qu'il soit d'ordre psy ou d'ordre physique, et des fois c'est les deux mélangés »
>
> Ismae, Conseillère en économie sociale et familiale en service insertion, CHRS 1, 35 ans

> Moi quand je suis arrivé ici, les cas psy on évaluait ça à 25, 30 %. Aujourd'hui on est à un tiers bien tapé, on est au-delà des 30 %. Donc cette population-là grossit.
>
> Adrien, moniteur-éducateur en service stabilisation, CHRS 1, 34 ans

> On se rend compte que je dirais qu'il y… je suis pas psy hein… mais je dirais qu'il ya au moins la moitié des personnes qu'on accueille dans chaque service qui est atteinte de maladie mentale.
>
> Sandrine, Cheffe des services stabilisation et LHSS dans le CHRS 2, 38 ans

Ces constats ne reposent pas sur l'existence de diagnostics psychiatriques formels – qui existent néanmoins parmi les personnes hébergées – mais davantage sur un travail d'étiquetage et un soupçon quant à des comportements irrationnels. Les débats des années 1990 (voir chapitre 2, Lazarus et Strohl 1995 ; Patris et Roger-Lacan 1996 ; Parquet 2003) quant à la prévalence des troubles psychiques parmi la population sans-domicile restent d'actualité (Orain

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

et Chambaud 2008 ; Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010) et se posent de façon particulièrement saillante dans le cadre de l'hébergement.

À la différence des années 1990 néanmoins, les travailleurs sociaux ne gèrent pas seuls les comportements déviants et les troubles psychiques des personnes qu'ils accompagnent. Les deux CHRS accueillent les permanences de deux infirmier-e-s addictologues, d'une psychologue et d'une infirmière en psychiatrie à échéance régulière, une fois par semaine. Ces partenariats ont été noués dans une visée pragmatique, qui a consisté à reconnaitre la prévalence de troubles psychiques, addictologiques parmi la population hébergée. Le temps d'enquête au sein du CHRS 2 a coïncidé avec une période au cours de laquelle était entrepris un changement des règles au sujet des usages de psychotropes au sein de la structure. Après avoir longtemps été interdit, l'alcool devenait toléré au sein des parties privatives, c'est-à-dire dans les chambres des hébergés. Concernant les stupéfiants, ces derniers faisaient l'objet de réflexions et d'adaptations visant à répondre au problème : dans les mois précédant mon arrivée sur le terrain, plusieurs morts par overdose avaient eu lieu, et le CHRS était présenté – voire tourné en dérision – comme une « *plaque tournante* » par des professionnels extérieurs. Pour cette raison, les éducateurs d'un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usages de drogues (CAARUD) ont été sollicités pour assurer des permanences chaque vendredi matin (encadré 4.7).

Encadré 4.7 : notes de terrain, l'implantation de la réduction des risques.

22 septembre 2015, CHRS 2.

Des professionnels d'un CAARUD sont présents pour faire un premier bilan des permanences mises en place quelques semaines plus tôt. L'ambiance est pesante, et la discussion compliquée. Un éducateur du CAARUD commence par rappeler l'objectif des permanences : il s'agit de « libérer » la parole des hébergés usagers de drogue. Tout de suite, il pointe une difficulté : les permanences ne sont pas visibles, il insiste sur la nécessité pour les référents d'en parler à leurs suivis. José (ES) dit qu'il est d'accord mais que ce n'est pas simple, que les suivis ont des difficultés à parler de ça : il parle « d'omerta », liée à l'impression qu'en parlant de ses usages de drogues, un usager sera sanctionné. L'éduc du CAARUD renchérit, et propose une boite aux lettres, anonyme, pour pouvoir poser des questions auxquelles les éducateurs du CAARUD pourraient répondre.

L'idée est validée collectivement. Il enchaine, demande les besoins de l'équipe éducative du CHRS. Silence. José prend de nouveau la parole, dit que ce serait bien d'avoir une formation de l'équipe sur la manipulation des seringues et sur la réduction des risques plus généralement. Les membres du CAARUD acquiescent, nouveau silence. La cheffe de service du CHRS prend la parole : elle explique que le règlement a récemment été modifié, pour autoriser la consommation dans les chambres, mais pas dans les lieux collectifs. En revanche, les états d'ébriété sont interdits dans l'établissement. Le CAARUD salue l'initiative, puis demande si ça ne concerne que l'alcool. La cheffe de service répond positivement, puis nouveau silence.

La difficulté à échanger dans la situation précédente peut être interprétée comme une incompréhension réciproque entre éducateurs du CHRS et du CAARUD. Elle constitue une étape de resocialisation collective, mais l'harmonisation des représentations est laborieuse. Les

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

seconds sont habitués à travailler avec les usagers et les usages de psychotropes : les CAARUD sont le résultat et l'incarnation du développement du paradigme de la RDR en France (Bergeron 1999 ; Le Naour 2010). En dépit de sa relative ancienneté désormais, celui-ci demeure fortement stigmatisé, au point de nécessiter un travail de légitimation important, non seulement auprès de l'opinion, mais aussi des professionnels du secteur social et médico-social (Le Naour, Hamant, et Chamard-Coquaz 2014). Les habitudes de travail des éducateurs en CHRS et ceux des CAARUD diffèrent, chacun constituant un segment spécifique au sein du groupe des travailleurs sociaux : les premiers peuvent ainsi considérer que les usages, voire les usagers de drogues ne relèvent pas de leur travail, tandis que les seconds peuvent estimer qu'ils ne doivent s'occuper que des personnes qui ont recours à leur dispositif. Témoignant de l'ancrage des pratiques jusqu'alors en vigueur dans le CHRS, un éducateur parle ainsi de « l*'omerta* » au sujet des usages de drogues, liée à la crainte de se faire sanctionner. Au sein du CHRS, la règlementation a pourtant évolué en ce qui concerne l'alcool, après plusieurs années de réflexion :

> Ça a toujours été un combat de très longue haleine, parce que j'ai toujours entendu parler de… je sais pas, 2007, 8, 9, peut-être depuis 2009 on en parlait régulièrement, maintenant il y avait une volonté de la structure mère qui ne voulait pas avoir d'alcool dans ses structures. Je pense que la volonté existe toujours et que c'est une liberté qu'a prise ici en disant que c'était… que c'était une évolution qu'on a essayé de mener. Je sais que ça fait plusieurs années, avec plusieurs collègues où le questionnement se pose. Donc on peut dire que c'est une évolution au sein de la structure, mais que c'est pas encore bien acquis.
>
> Renaud, éducateur spécialisé en stabilisation au CHRS 2, 30 ans

Comme l'évoque cet éducateur, le changement de règles autour de la tolérance de l'alcool et de l'ébriété au sein du CHRS n'est « *pas encore bien acquis* », exprimant ainsi des approximations dans la mise en œuvre de ces pratiques par les professionnels du dispositif. De fait, depuis le milieu des années 2000, une infirmière en addictologie assurait déjà des permanences (encadré 4.8).

Encadré 4.8 : la trajectoire socioprofessionnelle de Barbara, infirmière en addictologie.

Barbara est née en 1958. Issue d'un milieu bourgeois, Barbara dit se sentir dénigrée, jugée pour cela sur ses lieux de travail. De fait, elle ne cache pas ses origines, comme en témoignent certains de ses habits et sa voiture, une Mini Cooper qu'on voit fréquemment garée sur le parking du CHRS 2. Elle ne rechigne jamais à l'utiliser pour accompagner un usager néanmoins. Barbara est infirmière. Elle explique avoir toujours eu du mal avec la technique, et avoir rapidement préféré se tourner vers les soins psychiques. Pour cette raison, elle se forme en addictologie et en analyse transactionnelle, deux compétences qu'elle explique mêler largement durant ses entretiens avec les hébergés. Alors qu'elle espère un poste d'infirmière en addictologie au milieu des années 1990, elle découvre l'Abej, où elle s'engage bénévolement. Rapidement néanmoins, elle est salariée par l'association à sur un mi-temps infirmier. Au début des années 2000, elle rencontre un médecin addictologue, qui fonde une clinique et l'embauche dans la foulée. Elle y travaille plusieurs années, avant de revenir vers le monde associatif, avec lequel elle explique néanmoins avoir toujours gardé des liens. Elle est aujourd'hui salariée d'une

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

association de prévention en alcoologie et addictologie, et assure des permanences dans plusieurs dispositifs sociaux ou médico-sociaux de l'agglomération lilloise.

La présence de l'infirmière, si elle soulageait déjà les travailleurs sociaux du CHRS 2 face à certains pans de leurs accompagnements, n'a pas la même visée que celle des travailleurs sociaux du CAARUD, comme l'explique la cheffe de service de la stabilisation :

Qu'est-ce qui diffère entre ces deux interventions ?

Ils ont une approche qui est différente par rapport aux consommations. Parce qu'on se rend compte, déjà que Barbara intervient auprès des personnes majoritairement par rapport à la consommation d'alcool. Mais davantage dans une visée de soins. Alors que le CAARUD… en fait la commande qui a été faite, c'était de travailler le soin si la personne était en demande évidemment, mais surtout de travailler la réduction des risques. C'était surtout ça notre but en fait. Ici, il y a eu plusieurs décès par rapport à des overdoses, y'a eu le constat que les personnes se piquaient avec un matériel déjà utilisé, donc avec tous les risques qu'il y a autour. Et donc notre but c'était ça : c'était d'arrêter de sanctionner, mais plutôt de travailler sur le versant de la protection des risques.

Sandrine, Cheffe des services stabilisation et LHSS dans le CHRS 2, 38 ans

Là où les permanences de l'infirmière en addictologie visent d'abord à instaurer la prévention des usages, la création des permanences du CAARUD a explicitement visé à accompagner le changement des pratiques et représentations professionnelles en vigueur au sein du CHRS, vers les principes de la réduction des risques. Dans ce processus, les professionnels qui y sont le plus favorables – tel cet éducateur – jouent le rôle d'agents socialisateurs de conversion :

Au niveau de l'alcool, alors moi c'est vrai que quand je suis arrivé c'est un système que je comprenais pas trop, qu'on interdise l'alcool mais qu'on autorise l'état d'ébriété, parce que ça a toujours été un principe qui nous a causé des soucis. Parce que si on parle de personnes qui étaient en manque, elles s'alcoolisaient massivement à l'extérieur avant de rentrer dans la structure ce qui nous causait beaucoup de soucis […]. Enfin c'est vrai que moi je le vois comme ça le pseudo-changement : autoriser l'alcool, mais reprendre ou sanctionner l'état d'ébriété si ça pose problème, je trouve ça plus pédagogique que de demander à des gens qui ont déjà des difficultés de s'alcooliser dehors massivement, parce qu'ils auront des difficultés après quoi. Je trouve que c'est une bonne chose.

Renaud, éducateur spécialisé en stabilisation au CHRS 2, 30 ans

Nous, au niveau de l'établissement on a décidé de supprimer l'article interdisant la consommation dans les locaux. Ce qui ne signifie pas qu'on accepte la consommation dans tous les locaux collectifs. Par contre, on tolère, pour moi c'est vraiment le mot, on tolère les consommations dans les espaces privatifs. À condition que, bien évidemment, ça gêne pas le voisin de chambre, parce que bon, on n'a pas de chance mais la plupart des résidents vivent en chambre double… […] Au niveau des consommations de produits stupéfiants, là, c'est un peu plus flou. Parce qu'autant l'alcool est légalisé en France, et donc il y a pas de question à se poser, voilà, on a le droit d'avoir sa bouteille chez soi, je vois pas pourquoi en institution on pourrait pas. Maintenant, au niveau des produits stupéfiants, c'est encore interdit en France, la loi est claire sur le sujet, mais on peut pas être à la fois dans la compréhension et dans le travail avec les personnes et dans la sanction. Donc on sait, qu'il y a des gens qui consomment dans leur chambre de façon plus ou moins sauvage et plus ou moins sécurisée, maintenant c'est aussi à nous de travailler cet aspect-là, en termes de réduction des risques, de gestion du budget, pour que les consommations soient le moins problématiques possible, et puis que ça préserve aussi l'ensemble du collectif. […] Donc voilà, du coup on travaille là-dessus pour être dans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> la compréhension de la consommation, et… dans la compréhension de la maladie sans être sur le versant répressif.
>
> Sandrine, Cheffe des services stabilisation et LHSS dans le CHRS 2, 38 ans

La situation évoquée par la cheffe de service quant au traitement des usages de drogues illicites témoigne de l'ambiguïté des mesures mises en œuvre au sein du CHRS 2, dans un contexte marqué par le décès de plusieurs hébergés en peu de temps. Si le contexte diffère dans le cas du CHRS 1, on retrouve néanmoins certains éléments évoqués. Les principes de la réduction des risques y sont en vigueur depuis plusieurs années, et les personnes hébergées sont officiellement autorisées à consommer de l'alcool dans leurs chambres. Concernant les autres drogues telles que le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, la situation est plus floue : puisqu'elles sont illégales, le CHRS ne peut pas autoriser leurs usages. Pourtant, lors de ma première visite dans le CHRS en compagnie du directeur, une très forte odeur de cannabis se dégage d'une chambre : plutôt que d'intervenir, il rit et m'explique que « *les gens sont chez eux et font ce qu'ils veulent* ». La réalité est plus subtile que cela, et il est probable qu'il ait voulu m'impressionner ou qu'il ait estimé qu'une intervention ne relevait pas de ses prérogatives. La règle, officieuse, en vigueur au CHRS 1 quant aux usages de drogues illicites est ainsi le « pas vu, pas pris ». L'absence – et l'impossibilité légale – de règle écrite à ce sujet crée une zone grise au sein de laquelle diverses représentations et pratiques coexistent qui vont de l'indifférence à la punition, en passant par la tolérance ou la sanction informelle. Cette hétérogénéité des pratiques s'explique par la délégation des questions d'addictologie et de troubles psychiques à des « *partenaires* » identifiés comme compétents sur le sujet :

> C'est pas facile, parce qu'il y a le quotidien et vu qu'on est là pour plein d'autres choses, c'est pas forcément évident pour nous d'aborder les questions d'addicto, de psychiatrie, même si y'a des personnes qui en parlent facilement, mais je trouve que c'est pas facile à travailler. Heureusement qu'on a des partenaires, qui viennent qui se tiennent à disponibilité pour des entretiens une fois par semaine, ça c'est bien. C'est bien de pouvoir les orienter vers des professionnels qui sont vraiment compétents parce que nous du coup on est là pour d'autres choses.
>
> Sophie monitrice-éducatrice en stabilisation, CHRS 1, 26 ans.

Alors même qu'elle a travaillé en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, Sophie parait privilégier la délégation des tâches aux personnes identités comme « compétentes ». En l'occurrence, en plus de l'infirmière en addictologie, une équipe-mobile-psychiatrie-précarité assure également des permanences dans les deux CHRS. Dans la mesure où ils sont réputés respecter l'inconditionnalité de l'accueil, les personnes qui y sont accueillies sont réputées difficiles, notamment en raison du « *cumul des problématiques* » :

> Au début… c'est pas que je détestais la psy, mais j'avais une image hyper négative, où on leur envoyait quelqu'un, il se faisait sédaté pendant 48 heures et ils nous le renvoyaient. Si ils font ça, c'est aussi que malheureusement y'a certaines dimensions où ils sont aussi coincés que nous.
>
> **Toi, t'es en relation avec la psychiatrie ?**

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Non, je l'ai beaucoup été d'abord mais j'ai été très frustré, et je me suis rendu compte que passer par les intervenants, comme les infirmières psychiatriques de l'EMPP, c'était beaucoup plus serein et parfois beaucoup plus efficace que d'aller solliciter un psy, qui va devoir organiser une réunion, pour savoir si tel médecin, tel médecin ça va le faire, c'est un coup de fil, c'est l'infirmière psy, donc en termes d'affinités c'est clairement autre chose qu'avec le docteur X ou le docteur Y et puis une accessibilité beaucoup plus grande. Pour avoir le docteur X au téléphone, on va y passer dix coups de téléphone. Si on en parle avec l'infirmière psy, elle va passer un coup de fil, au pire laisser un message, et dans l'heure qui suit elle est rappelée. C'est aussi une façon de pas de court-circuiter, mais de s'aménager des circuits de communication qui sont pas plus courts, mais plus rapide.
>
> Adrien, moniteur-éducateur en stabilisation, CHRS 1, 34 ans

Les partenariats associatifs permettent ainsi de « court-circuiter » des procédures professionnelles et institutionnelles jugées lourdes, complexes, ou peu efficaces. L'ensemble des professionnels interrogés ont témoigné de l'hermétisme des institutions hospitalières et en particulier psychiatriques. Dans ce contexte, des dispositifs comme les permanences d'addictologie, les interventions de professionnels de CAARUD ou l'équipe mobile psychiatrie-précarité, fluidifient les passages de relais dans la division du travail et socialisent les travailleurs sociaux à des pratiques qu'ils ne sont eux-mêmes pas censés maitriser.

3. Une délicate harmonisation des pratiques

À plusieurs reprises au cours de l'enquête, la gestion des déviances a fait l'objet de discussions et de débats, voire d'ambivalences dans le quotidien des CHRS. De fait, si la plupart des professionnels interrogés dans les deux CHRS ont plutôt soutenu les visées de la réduction des risques. Certains n'ont pas pris parti, tandis que d'autres, plus rares, ont souligné le risque d'avoir à gérer les comportements résultants des usages ou des abus de psychotropes dans la structure. Un seul professionnel s'est nettement opposé à cette pratique. Il s'agit de Louis, éducateur spécialisé en service de stabilisation du CHRS 1 :

> L'alcool a commencé à être toléré suivant des réflexions qui se faisaient à l'époque [au milieu des années 2000] : on a eu des temps de réflexion avec des partenaires extérieurs par rapport à l'alcool, qui ont donné des avis…. Bon. De toute façon, moi j'étais toujours celui qui était en opposition, jusqu'à aujourd'hui, je suis toujours opposé. Pour mes raisons personnelles, hein, parce que moi, pour ma part, je trouve que l'alcool dans la structure, c'est un peu… on me dit : on n'est pas une structure médicale. Mais quand je pense aussi à ceux qui sont dans ces problématiques alcool, qui sont pas dans une dynamique de soins, qu'est-ce que ça peut avoir comme conséquence sur leur vie, sur les jours où il faut amorcer quelque chose, à quel moment la personne peut-être réceptive etc. Après, pour d'autres personnes qui sont aussi vulnérables, qui n'avaient pas un contact avec l'alcool, qui peuvent aussi rentrer dedans. Donc moi j'étais très opposé par rapport à ce positionnement-là. Bon, c'était un positionnement impopulaire (sourire). Voilà, moi je dis ce que je pense, ça passe, ça passe pas, bon c'est toujours comme ça.
>
> Louis, animateur socioéducatif au CHRS 1, 61 ans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Arrivé en 1996 dans le CHRS 1, dont il est le doyen, Louis est le seul à exprimer cette position qu'il qualifie d'« impopulaire ». Significativement, s'il est le seul professionnel du CHRS à avoir connu la transition d'un paradigme punitif à un paradigme préventif, il est aussi le seul à s'opposer ouvertement à cette évolution. L'entretien n'a pas permis d'expliquer plus précisément cette opposition. S'il a assez largement accepté d'évoquer les évolutions qu'a connues le CHRS, Louis a éludé les questions relatives à sa trajectoire sociale. On peut penser qu'une socialisation particulière, peut-être religieuse, l'incline à ne pas adhérer aux principes de la réduction des risques. L'extrait cité suggère également une inquiétude qui n'est pas liée aux personnes qui consomment des produits, mais à celles qui pourraient en consommer en raison de la tolérance des usages dans la structure. On peut aussi penser que la position de Louis se rapporte à son écart générationnel vis-à-vis des autres professionnels de la structure : la plupart des travailleurs sociaux ont moins de trente ans, et son âge, ainsi que son ancienneté dans le dispositif en font un personnage qui à défaut d'être craint ou respecté, est écouté et rarement contesté frontalement. Louis se plait dans la posture de celui qui « *dit tout haut ce que les autres pensent tout bas* » et a, à plusieurs reprises, pris le contrepied de ses jeunes collègues dans les débats ayant cours lors des réunions.

Un paradoxe mérite par ailleurs d'être souligné. Si le CHRS 2 était en train de mettre en œuvre les pratiques de réduction des risques, le CHRS 1 tolère depuis le début des années 2000 les usages d'alcool et de drogues dans ses murs. Pourtant, les pratiques des professionnels n'y sont pas harmonisées et font l'objet de rappels et d'ajustements collectifs. Entre la loi, les règles tacites du CHRS, et les représentations propres aux accompagnants, des contradictions émergent (encadré 4.9).

Encadré 4.9 : notes de terrain, l'harmonisation des pratiques.

10 novembre 2015, CHRS 1, réunion d'équipe.

[De nombreuses situations individuelles sont présentées ce jour (14 au total), du fait de la présence d'une psychologue de l'EMPP et d'une infirmière en addictologie]

[…] M. Puisieux : l'infirmière en addictologie dit qu'il est « *très difficile de le voir* », car il ne respecte pas les rendez-vous. Les éducs acquiescent. Deux jeunes ME prennent la parole, pour dire qu'ils l'ont vu lors du tour des chambres. L'un d'eux, Rachid, explique : « *il allait se piquer quand on a toqué. La shooteuse était prête, sur la table. On l'a cassée et on l'a engueulé* ». Un brouhaha intervient. Valérie (ES) qui a l'habitude de dire ce qu'elle pense, est particulièrement remontée : « *mais c'est de l'argent, c'est hyper violent de faire ça !* ». Quelques collègues acquiescent, d'autres ne disent rien. Il y a visiblement un flou sur la question. Valérie reprend la parole : « *tu peux pas faire ça, la règle c'est qu'on invite la personne à sortir [hors du CHRS]* ». Rachid tente de se défendre mais a beaucoup de mal à trouver ses mots. À ce moment, le chef de service confirme que dans ce type de situation il faut inviter la personne à sortir. L'éducatrice reprend plus calmement : « *la prochaine fois, il faut faire comme ça* ». Rachid est penaud, mais il acquiesce. Alvès, l'autre ME présent lors du tour des chambres, n'a rien dit : en tant qu'apprenti, il n'est pas responsable de la situation et a en partie échappé à la remontrance.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le cas exposé ici témoigne d'un effort d'harmonisation des pratiques relatives aux usages de drogues au sein du CHRS. Y compris lorsque des usagers sont surpris de façon flagrante, la « *bonne* » pratique est d'inviter l'usager à sortir pour consommer son produit : c'est ce qui est arrivé à plusieurs reprises au cours de l'enquête pour des usagers de cannabis surpris en train de fumer dans leurs chambres. La scène décrite a été malaisante tant elle a pris la forme d'un rappel à l'ordre quasi disciplinaire Rachid se fait corriger en public et est dans l'incapacité de répondre à Valérie. Celle-ci joue de son statut : elle est éducatrice spécialisée, il est moniteur-éducateur ; et de son ancienneté : elle travaille dans le CHRS depuis cinq ans, dans l'association depuis huit, tandis que lui n'y est que depuis un an. Mettre en œuvre des pratiques similaires alors même que le cadre réglementaire reste flou relève de la gageure. Mais en deçà même des usages de drogues illicites, les consommations d'alcool, et même de tabac, sont débattues et peuvent faire l'objet d'un traitement original parmi les professionnels du CHRS : sur demande des hébergés, les professionnels sont amenés à contrôler la quantité, ou le budget alloué à l'alcool ou au tabac (encadré 4.10).

Encadré 4.10 : notes de terrain, la gestion des consommations des hébergés.

23 septembre 2015, CHRS 1, bureau des ME.

Il est 11h, Monsieur P. vient toquer à la porte du bureau des ME. Alvès (ME), dit « *ah, c'est l'heure Jean-Luc !* ». Il passe dans le bureau d'entretien, attrape une bouteille de porto, sert un verre bien rempli, et le donne à l'homme. Celui-ci, qui marmonne dans sa barbe depuis qu'il est entré, remercie avec une voix très calme, s'assied, et sirote son verre. Les ME ne font plus attention à lui, ils ont repris leurs activités. Lydie (ME), qui voit que je suis surpris, prend le temps de m'expliquer que pour quelques usagers, les accompagnants ont mis en place une « *gestion de la consommation* ». Pour Jean-Luc P., quatre verres de porto lui sont accordés par jour, à 11h, 13h30, 18h, puis après le repas. Lydie m'explique qu'un pack de bière est également là, pour Didier, surnommé « Capsule » précisément en raison de sa consommation de bière. Lui a droit à deux bières le matin, quatre l'après-midi et de nouveau deux le soir. Avant que j'aie le temps de lui demander, Lydie m'explique que cette gestion s'opère sur proposition de l'équipe éducative, mais avec l'accord des hébergés. Cette régulation ne se limite pas à l'alcool : pour certains hébergés, la gestion porte sur le tabac, et même l'argent. Ici encore, cette gestion est réalisée en accord avec les hébergés, sans néanmoins que cette relation soit formalisée contractuellement. Lydie m'explique qu'à tout moment, les personnes peuvent décider de suspendre cette gestion.

***

Après-midi du 6 octobre 2015, CHRS 1, réunion d'équipe.

[Après l'évocation des points de fonctionnement, les situations des hébergés sont évoquées]

Damien Wallart : Colin, (ME) explique que Damien a récemment demandé à ce que son budget tabac passe de 110 euros à 150 euros. Colin explique que cette hausse lui « pose problème » parce qu'elle risque de mettre Damien en difficulté si une part aussi importante de son budget est consacrée au tabac. Il demande à ses collègues de s'assurer que l'argent de Damien est bien consacré au tabac « pour que ça ait du sens ». Il va discuter avec Damien pour l'inciter à rester à 110 euros. S'il refuse, le budget tabac passera à 150 euros.

Didier « Capsule » : Lydie (ME) s'inquiète de la consommation d'alcool de Didier. Elle rappelle que l'objectif de la régulation de sa consommation est avant tout la « *gestion du manque* ». Louis (ME) prend la parole et dit que « *c'est pas à nous de faire ça* ». Court silence. Antoine, le directeur du CHRS

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1 tranche en disant que « *certains travailleurs sociaux acceptent* ». Sophie est incitée à en parler avec Didier.

De telles pratiques sont ambigües. Si elles sont cautionnées, c'est dans la mesure où ce sont les hébergés eux-mêmes qui en font la demande aux accompagnants. Pourtant, dans les cas où les usagers demandent à pouvoir consommer plus que prévu, ou à remettre en question le mode de gestion instauré, la décision fait l'objet d'un débat collectif lors duquel les personnes concernées sont absentes. Ces éléments suggèrent une forme de conduite des conduites à l'œuvre dans le CHRS (Foucault 2004a, 2004b) : sans sanctionner les usages en eux-mêmes, des modalités de régulation collectives (instauration d'un couvre-feu, pratiques de réduction des risques, limitation des usages aux espaces privatifs) et individuelles (gestion des budgets et des quantités, inscription dans des filières d'accompagnement spécifiques). Si leur légitimation s'appuie sur les demandes des hébergés, les débats rapportés ci-dessus témoignent de l'asymétrie et du contrôle à l'œuvre de la part des accompagnants. Ils témoignent aussi de la difficulté, pour les travailleurs sociaux eux-mêmes, à ajuster leurs pratiques professionnelles dans ce type de situations qui les placent face à des injonctions contradictoires. D'autres exemples similaires d'ajustement ont pu être observés, à propos de comportements d'hébergés qui, contrairement aux usages de psychotropes ou aux troubles psychiques, pourraient spontanément ne pas sembler relever du domaine des déviances – mais donnant une illustration empirique de la théorie de l'étiquetage (*labelling*) de Becker et de la pensée interactionniste (Becker 1963 ; Goffman 1963 ; Blumer 1969). Ainsi de la consommation de produits sucrés par une hébergée obèse et atteinte de diabète (encadré 4.11).

Encadré 4.11 : notes de terrain, la gestion des consommations des hébergés.

1er décembre 2015, CHRS 1, réunion d'équipe.

[Plusieurs sujets sont débattus, avant l'évocation des situations des hébergés].

Katia : Valérie (ES), sa référente, s'inquiète pour elle car « elle se laisse mourir ». Katia est obèse, fortement diabétique. Pour ne rien arranger, elle mange des chips, des bonbons et boit du soda très fréquemment. Valérie propose une « mise au point » quant à l'attitude à adopter, et parce que « tout le monde n'a pas compris la même chose » : lors du tour des chambres, il faut jeter tout ce qui est périssable, et notamment les « saloperies » du type bonbon, chips, etc. Les bouteilles de jus survitaminé ne doivent pas être jetées, de même que les compléments alimentaires. Plusieurs ME et ES rient : ils avaient compris exactement le contraire.

Plus encore que les psychotropes, les sucreries font l'objet d'une supervision accrue par les travailleurs sociaux en ce qui concerne cette hébergée. De fait, les professionnels sont socialisés aux pratiques de la réduction des risques, même s'ils peuvent ne pas y adhérer. Les usages de drogues, parce qu'ils peuvent par ailleurs faire l'objet d'une prise en charge sociale, sont connus des travailleurs sociaux : on peut faire l'hypothèse qu'ils ont intégré les logiques qui le guident. À l'inverse, le diabète constitue une maladie au sens fort du terme, sur lesquels

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

les travailleurs sociaux n'ont que très peu de prise. En interdisant la consommation de sucrerie à cette hébergée au nom des risques médicaux et vitaux associés, ils gardent la main sur l'accompagnement et réaffirment leur rôle dans la division du travail d'accompagnement.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 3. Soigner en réinsérant. Les dispositifs de soin dans l'hébergement

Contrairement à ce que les observations réalisées dans l'accueil de jour ont permis de mettre en lumière, les questions de santé se posent différemment en hébergement. D'abord, dans la mesure où les hébergements offrent un accueil continu. Les relations d'aide individualisées et la présence quasi continue des hébergés au sein du dispositif permettent souvent une meilleure connaissance de leurs suivis par les travailleurs sociaux, un contact et des échanges plus fréquents avec eux. On peut alors se demander si ces échanges plus fréquents sont propices, ou non, au repérage d'altérations dans l'état de santé des hébergés. D'autre part, comme on l'a évoqué plus haut, les deux CHRS sont partiellement médicalisés. Plus précisément, tous deux intègrent en leur sein des dispositifs relativement autonomes qui offrent une prise en charge médicale : des permanences médicales et infirmières au sein du CHRS 1 ; des lits haltes-soins-santé au sein du CHRS 2. En dépit des constats répétés des travailleurs sociaux quant à la mauvaise santé des personnes qu'ils accompagnent, ou quant aux comportements déviants susceptibles de faire l'objet de soins (usages de drogues, troubles du comportement), les prestations médicales restent quantitativement rares et sont loin d'être systématiques. De sorte qu'un paradoxe apparent se fait jour : les questions de santé sont omniprésentes, mais d'une façon diffuse, comme en toile de fond des dispositifs. Les rapports entre accompagnement social et soins des hébergés se révèlent dès lors particulièrement saillants dans le cadre de l'hébergement et des parcours de réinsertion qui s'y déploient.

Au sein des deux CHRS, la prise en charge sanitaire est assurée à travers une coopération étroite des travailleurs sociaux et des professionnels de santé. Cette coopération prend deux formes différentes, qui correspondent aux spécificités propres à deux dispositifs médicalisés qui sont au cœur de l'analyse. Au sein du CHRS 2, ce sont des lits-halte soins santé (LHSS) qui assurent l'essentiel du travail de soin. Parce qu'il est supposé nettement défini dans le temps, ce travail est néanmoins mis en œuvre à travers une coordination étroite avec l'accompagnement social, celui-ci étant chargé en premier lieu d'assurer la sortie des personnes hébergées vers les dispositifs d'hébergement (I). La situation diffère au sein du CHRS 1. La médicalisation du dispositif s'opère cette fois à travers des permanences médicales tenues à intervalles réguliers. Cette organisation dépend par conséquent du recours à ces permanences par les personnes hébergées, mais aussi, plus largement, du repérage assuré par les travailleurs sociaux quant à l'état de santé de ces personnes (II).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

I. Les LHSS : travail social et travail médical de concert

Les lits-halte soins santé (LHSS) ont été créés à la fin des années 1990 dans la continuité des lits infirmiers (voir partie I). Ils constituent la principale forme d'hébergement médicalisé extrahospitalier à destination des sans-domicile et consistent en un hébergement d'une durée de deux mois, assorti de soins infirmiers et médicaux quotidiens. Selon un rapport d'évaluation du dispositif publié en 2013, 1 170 places en lits-halte-soins-santé existaient en France en 2013 (Picon et al. 2013). Ce faible nombre de places s'explique en partie par leur coût : le rapport d'évaluation évoque un coût annuel moyen de fonctionnement de 36 723 euros par lit, calculé à partir des réponses à un questionnaire envoyé aux associations gestionnaires de LHSS. En 2013, une place en LHSS est financée à hauteur de 102 euros par jour (Picon et al. 2013), ce montant étant progressivement réévalué lors du vote de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : alors que ce montant était de 90 euros par jour et par place à la création du dispositif, il est aujourd'hui de l'ordre de 110 euros par jour et par place. À titre de comparaison, le prix annuel moyen des places non médicalisées oscille entre 5 200 euros et 15 900 euros – soit entre une quinzaine et une cinquantaine d'euros par jour – selon le type de place (pension de famille, urgence, CHRS (Pinte, Rougier, et Chambaud 2008 ; Cour des comptes 2011)). Ce coût de fonctionnement et les montages qu'il implique (avec l'Agence Régionale de Santé et les Caisses d'assurance maladie) permettent d'expliquer le nombre peu élevé de places existantes. Cette partie restitue l'organisation et le fonctionnement des lits-halte soins santé dans le cadre du CHRS 2. L'infirmière et l'éducatrice spécialisée assurent l'essentiel du travail d'accompagnement et de soins au quotidien et sont en cela les deux piliers du dispositif (1). L'articulation des mesures d'accompagnement social et soins des hébergés a des effets sur les frontières professionnelles, en partie brouillées par la fréquence des échanges entre travailleuses sociales et travailleuses du soin (2). Finalement, on évoque la régulation des LHSS, opérée par une tierce association, et les critères qui jouent dans l'accès au dispositif (3).

1. Les deux piliers des LHSS

Comme pour la grande majorité des places de LHSS qui existent à l'échelle nationale, les places sont dans leur très grande majorité destinées aux hommes. Le rapport d'évaluation du dispositif soulignait déjà en 2013 cette très forte inégalité (Picon et al. 2013) : si la population sans-domicile reste essentiellement masculine, les femmes sont nettement plus exposées et vulnérables dans la rue (Lanzarini 2000 ; Maurin 2015 ; Loison-Leruste et Perrier 2019). Au moment de l'enquête, quatre professionnelles, toutes salariées, y travaillent. L'équipe est pluridisciplinaire et composée d'une médecin, d'une infirmière, d'une éducatrice spécialisée,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

enfin d'une cheffe de service. Albane, l'éducatrice rattachée anciennement aux LHSS précise : « *avant c'était un médecin libéral qui venait faire des vacations ici. Actuellement, le médecin il est salarié* » de l'association, cette organisation assurant son intervention régulière et témoignant de la stabilisation du dispositif. Il en va de même pour les infirmiers : auparavant, ceux-ci travaillaient en libéral et intervenaient ponctuellement alors qu'au moment de l'enquête, l'infirmière est salariée du CHRS. Un infirmier libéral intervient encore ponctuellement, afin de réaliser des soins en soirée, en dehors des horaires de travail de l'infirmière. La médecin vient une fois par semaine, pour assurer le suivi médical et réévaluer le diagnostic posé sur les personnes accueillies. Elle fait ensuite le point avec l'infirmière et l'éducatrice pour décider s'il faut ajuster le versant médical de l'accompagnement et pour voir si l'hébergement en LHSS est toujours adapté. Elle travaille ainsi en étroite collaboration avec l'infirmière, dans une division du travail médical représentative des hiérarchies des professions médicales (Freidson 1970a, 1970b ; Acker 2005 ; Paillet 2009) : la médecin décide et prescrit, quand l'infirmière agit et soigne. Toutefois, à la différence de ce qui peut s'observer dans un cadre de travail strictement médical, l'infirmière détient une marge de manœuvre importante liée à l'organisation même du dispositif : c'est elle qui est au contact quotidien des hébergés, les soigne et est en mesure de superviser l'évolution de leur état de santé. La cheffe de service occupe quant à elle un rôle de supervision et de décision vis-à-vis des mesures d'accompagnement mises en œuvre. Par rapport aux autres hébergés du CHRS avec qui elle est plus directement et souvent en contact, elle est moins familière des personnes occupant un lit-halte-soins-santé et s'appuie en grande partie sur l'éducatrice spécialisée et l'infirmière en vue d'entériner, ou non, les décisions. À plusieurs reprises, elle a ainsi pu sembler peu au courant des enjeux médicaux et sociaux. Son travail consiste essentiellement à entériner, ou non, des décisions d'ordre budgétaire relatives au dispositif. Enfin, l'infirmière et l'éducatrice échangent très fréquemment, plusieurs fois par matinée : présentes tous les jours, toutes deux travaillent en étroite collaboration, et ce sont elles qui assurent le bon fonctionnement du dispositif.

Les observations réalisées au cours de l'enquête ont permis de constater le rôle déterminant de ces deux professionnelles dans le travail mis en œuvre au sein du dispositif. Tous les matins, l'infirmière prodigue des soins et réalise des actes plus ou moins techniques : elle distribue des médicaments, vérifie des plaies et leur cicatrisation, refait des pansements, mesure les températures corporelles des résidents, s'assure qu'il n'y a pas de dégradation flagrante de l'état de la personne accueillie, que celle-ci ne ressent pas de douleur, qu'elle prend son traitement. Autrement dit, le dispositif, s'il se situe à l'intersection des champs social et sanitaire, accorde un rôle central au soin et se rapproche de ce point de vue du travail paramédical réalisé en contexte hospitalier (Acker 2005). Elle fait également la toilette des personnes qui ne sont pas en mesure de le faire seules, rappelle aux résidents leur rendez-vous médicaux et les y accompagne lorsque cela est nécessaire. Au-delà de ces tâches se rapportant

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

à la technique, aux soins et à l'hygiène, l'infirmière assure également des tâches qui relèvent davantage du travail administratif :

> Et puis de 10h à midi, l'administratif. Donc les transmissions, rangement de l'infirmerie, une fois par mois je fais aussi les périmés, mes statistiques, les archives de dossiers de ceux qui sont partis… rappeler l'hôpital pour avoir des nouvelles du patient, rappeler le kiné… et parfois, rappeler l'hôpital ça peut te prendre une demi-heure ! C'est incroyable, rappeler la pharmacie aussi ! Ou alors parfois je passe à la pharmacie pour récupérer un traitement. Je faxe les ordonnances, enfin je fais vraiment tout ce qui est administratif. Et de temps en temps je fais des accompagnements de patients, donc la ça bouleverse un peu ma journée […].
>
> Louise, infirmière d'État, CHRS 2, 38 ans

On retrouve ici, de façon encore plus marquée qu'au sein de l'accueil de jour, le rôle d'intermédiation opéré par le travail infirmier. Ce rôle original se combine à des conditions de travail favorables, notamment le faible nombre de patients dont elle a la charge :

> Le fait d'avoir que 5 lits, tu vois, t'as vraiment que 5 patients, que tu peux chouchouter… et puis je travaille en autonomie, mais pas vraiment toute seule non plus, puisqu'il y a un infirmier libéral, y'a un médecin qui passe une fois par semaine, donc à la fois on a une autonomie sur le poste, et puis en même temps si on a des questions, on n'est pas non plus perdu dans la nature.
>
> Louise, infirmière d'État, CHRS 2, 38 ans.

L'absence diffuse d'autorité médicale confère à l'infirmière une légitimité supplémentaire dans le cadre de son travail en LHSS. Contrairement à d'autres professionnels paramédicaux rencontrés au cours de l'enquête, son investissement dans la prise en charge de la question SDF n'est pas lié à un rejet du milieu médical, mais plutôt à une opportunité professionnelle lui permettant de combiner pratique du soin et horaires de journée, et qu'elle rattache explicitement à son statut de mère (encadré 4.12).

Encadré 4.12 : la trajectoire socioprofessionnelle de Louise, infirmière en LHSS.

Louise est née en 1978. Elle obtient son diplôme d'infirmière d'État en 2000, et commence à travailler en assurant des remplacements dans les hôpitaux de la métropole et du département, puis en travaillant en intérim. Elle explique ce choix par la volonté de ne pas se fixer, et pour conserver la possibilité de partir travailler outre-mer. L'opportunité ne se présente pas, et elle s'inscrit entre 2002 et 2005 dans des études de stylisme. Elle explique continuer à travailler en intérim, afin d'entretenir sa pratique plutôt que dans le souci de payer ses études : ses parents, commerçants, financent celles-ci. Une fois diplômée, elle travaille à mi-temps en tant que styliste, le reste du temps en tant qu'infirmière, de nouveau en intérim. Lorsque son premier enfant nait, elle cherche à stabiliser ses rythmes de travail et s'oriente vers la médecine du travail. Elle est déçue par son expérience, déception qu'elle rattache à la fois à l'entreprise au sein de laquelle elle travaille, mais surtout à la quantité de travail administratif associé : elle se décrit en effet comme « *une infirmière qui aime les soins* ». Elle travaille pendant un temps en maison de retraite. La naissance de son second enfant l'incite à chercher de nouveau du travail à mi-temps. C'est à ce moment que l'opportunité des LHSS se présente par le biais de la médecin référente d'alors, qu'elle connait bien. Elle reconnait avoir alors « *des préjugés* » et un « *a priori : "ah ils sont sales, ils sont crades, etc", mais… pas tous ! (rires)* ». La possibilité de travailler à mi-temps l'incite finalement à saisir cette opportunité, qui se révèle une bonne surprise. Elle précise par ailleurs ne pas

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

avoir envie « *d'évoluer* » vers un poste d'encadrement pour le moment, bien qu'elle envisage de se tourner vers la médecine scolaire ou la santé publique vers 50 ou 60 ans.

Au-delà de l'accès aux soins qu'il assure, le dispositif reste une étape dans les parcours de réinsertion des personnes sans-domicile. C'est l'éducatrice spécialisée qui se charge de cette dimension, et incarne le second pilier du dispositif aux côtés de l'infirmière. Elle gère au quotidien le versant socioadministratif de l'accompagnement. De fait, son propre temps de travail global est divisé entre les LHSS et l'hébergement de stabilisation. Si, en théorie, elle s'occupe le matin des personnes hébergées et soignées en LHSS, et l'après-midi de celles accueillies en stabilisation, cette distinction est nettement plus floue en pratique :

> Moi j'ai beaucoup de mal, après c'est peut-être moi aussi, mais j'ai beaucoup de mal à m'organiser et à dire aux gens « *le matin je suis pas dispo, c'est plus l'après-midi* ». C'est vrai que moi j'ai du mal à ça. Après, l'activité c'est beaucoup le matin quand même quoi ! Donc je jongle un peu entre les deux prises en charge.
>
> Margaux, éducatrice spécialisée, stabilisation et LHSS, CHRS 2, 30 ans.

Ces propos renvoient aux variances des rythmes de l'accompagnement décrits plus haut : il lui est difficile de ne s'occuper que des personnes hébergées en LHSS le matin, forte période d'activité. Ces considérations pratiques brouillent les frontières temporelles qui organisent formellement son travail. Ce brouillage est rendu d'autant plus propice par les tâches qui relèvent des deux dispositifs, le nombre d'accompagnements dont elle a la responsabilité et le contexte dans lequel ces derniers sont réalisés. Alors qu'elle accompagne cinq personnes en LHSS, elle assure dix suivis dans le cadre de l'hébergement de stabilisation, pour un temps de travail théoriquement équivalent. En outre, les modalités de l'accompagnement varient :

> [en LHSS], la priorité c'est de soigner la personne, c'est ça et de trouver une solution de sortie. Parce que les prises en charge, elles se calent vraiment sur le médical théoriquement. En gros le médecin peut me dire demain, « *bah monsieur untel, la prise en charge est terminée il relève plus du dispositif, donc qu'est-ce que qu'on fait ?* » Donc mon travail c'est d'essayer de trouver une solution pour qu'il y ait pas de rupture et de retour à la rue. Après il y a jamais de rupture à la rue… mais c'est d'essayer de trouver une porte de sortie après les LHSS.
>
> **C'est la priorité donc ?**
>
> Bah c'est stabiliser le soin, parce que des soins, parfois, y'en aura toujours [après la sortie du dispositif], et mon boulot c'est ça : un LHSS, c'est préparer assez vite l'après. Parce que ça peut aller vite quoi.
>
> Margaux, éducatrice spécialisée, stabilisation et LHSS, CHRS 2, 30 ans

Dans le cadre du LHSS, le travail d'accompagnement social diffère de celui qui s'opère en CHRS. L'éducatrice doit s'assurer de la continuité du parcours d'accompagnement et de l'absence de rupture, là où le CHRS s'inscrit dans l'optique d'une réinsertion qui implique, notamment, une projection des personnes qui y sont hébergées. Cette projection n'est pas demandée dans le cadre du LHSS et si l'éducatrice travaille formellement à cette réinsertion,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

celle-ci reste un exercice secondaire. La priorité reste le soin, sur lequel se cale le travail social. Ce dernier apparait ainsi moins contraint :

> Le travail administratif est beaucoup plus léger en LHSS, carrément ! Ah ouai. T'es plus libre quoi, en gros. Même le Projet personnalisé d'orientation, en soi il y a pas forcément d'exigences, après moi je l'écris… y'en a pour qui je l'écris, y'en a pour qui je l'écris pas… je fais l'entretien à l'accueil où je demande le parcours, la demande, et après je m'en sers tout au long de mes entretiens, de mes accompagnements.
>
> Margaux, éducatrice spécialisée, stabilisation et LHSS, CHRS 2, 30 ans

La dimension facultative des projets individualisés allège considérablement le travail de l'éducatrice. De fait, celui-ci relève davantage du travail socioadministratif et notamment de l'ouverture des droits susceptibles de faciliter la continuité des parcours institutionnels, que d'un travail socioéducatif à proprement parler. Cet allègement du travail explique aussi l'orientation de Margaux vers ce dispositif (encadré 4.13)

Encadré 4.13 : la trajectoire socioprofessionnelle de Margaux, éducatrice spécialisée au LHSS.

Margaux est née en 1986. Fille d'une secrétaire et d'un employé de grande surface, elle s'oriente vers l'éducation spécialisée à l'issue d'un stage de découverte dans un accueil de jour. Elle échoue au concours d'admission, s'inscrit dans une classe préparatoire pour le repasser, et réussit cette fois. Elle fait ses stages en club de prévention, puis dans un institut d'éducation motrice, enfin dans un petit CHRS de réinsertion pour femmes seules porté par une association spécialisée en alcoologie. Ce dernier stage lui plait particulièrement, et elle enchaine des petits contrats avec cette même association après son diplôme, en 2008. À la recherche d'un poste plus stable, elle postule auprès du CHRS au sein duquel elle travaille aujourd'hui. Elle est embauchée au sein du service de stabilisation. À partir de 2013, elle partage son temps entre le dispositif des LHSS et la stabilisation, ce qu'elle identifie comme un allègement net de sa charge de travail.

Au-delà de cette division formelle du travail de prise en charge médico-sociale en LHSS, le travail pluridisciplinaire repose sur des échanges constants. De tels échanges contribuent au brouillage des frontières professionnelles d'ordre statutaire et disciplinaire.

2. La porosité des frontières disciplinaires et professionnelles

Dans le cadre des LHSS, le travail de soin constitue une caractéristique primordiale de l'accompagnement. Par conséquent, les informations qui en relèvent sont pleinement partagées par les professionnelles du LHSS. Cette originalité reste relative, puisqu'elle se retrouve dans d'autres dispositifs n'ayant pas ce statut, toutefois dans des formes moins marquées et en partie euphémisées (voir chapitre 7). La spécificité des LHSS tient surtout à la fréquence des échanges entre les dimensions sociales et médicales du travail d'accompagnement. Les quatre professionnelles du dispositif se réunissent une à deux fois par mois afin de faire le point sur les situations des personnes hébergées en LHSS. L'éducatrice, l'infirmière et le médecin se

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

réunissent à une fréquence similaire, ici aussi dans l'optique de faire un point sur les situations prises en charge. Cette organisation reste néanmoins théorique :

> T'as Louise, le docteur, la cheffe de service, et moi. Et on fait le tour des situations. La médecin, elle expose vraiment le côté médical, tout ce qui se passe, moi le côté social… c'est un échange. Et Louise fait l'intermédiaire entre les deux. Parce qu'elle me donne des coups de main aussi au niveau social quand j'ai pas le temps : elle accompagne des gars et quand elle a pas de temps, moi j'accompagne des gars à l'hôpital, c'est vraiment un échange, ensemble, autour de ce qu'il s'est passé dans la semaine. Maintenant, ça fait longtemps qu'on n'a pas eu de réunion… parce que généralement c'est drivé par la cheffe de service, et qu'on a une cheffe de service qui est prise dans tous les sens quoi, qui est prise par le SHUSA, par le CHU, qui est prise ici… mais qui a pas beaucoup de temps à accorder à ce dispositif, enfin… ça fait un mois qu'on n'a pas eu de réunions, y'a quand même un souci. Mais c'est un service qui roule bien : y'a que cinq gars, ça se passe bien, du coup on va s'attarder plus sur les problèmes que sur les choses qui fonctionne quoi.
>
> Margaux, éducatrice spécialisée, stabilisation et LHSS, CHRS 2, 30 ans

Margaux est ambigüe quant à l'absence de réunion permettant de faire le point sur les situations : si cela constitue un « *souci* », le motif qui explique cette absence est justement que le dispositif est « *un service qui roule bien* ». L'extrait met également en lumière des franchissements de frontières professionnelles, Margaux considérant qu'elle réalise une partie du travail infirmier lorsqu'elle est amenée à réaliser un accompagnement vers une structure sanitaire. Significativement, ce type de franchissement s'observe également dans l'autre sens. C'est Louise qui fait le tour des chambres en LHSS afin de réveiller les hébergés. Tâche dévolue aux travailleurs sociaux pour les places non médicalisées, l'infirmière en est ici chargée dans la mesure où elle commence à travailler avant l'éducatrice et où cela lui permet de rappeler aux hébergés leurs éventuels rendez-vous médicaux et prises de traitements :

> En général, moi si j'accompagne c'est à l'hôpital et j'essaie de trouver des rendez-vous le matin. Si c'est l'après-midi, je dois m'arranger avec ma collègue éducatrice. Mais du coup c'est pareil, je dépanne, je peux dépanner aussi, faire du social, mais c'est quand même rare.
>
> **Quand tu dis « faire du social », ça veut dire quoi ?**
>
> C'est-à-dire accompagner des patients à la CPAM pour refaire une carte d'AME par exemple, commencer à faire la queue pour une inscription pour des cours de français… mais c'est plutôt rare, parce qu'il y a des moments où il y a pas mal de choses à faire pour un ou deux patients, et pour d'autres patients il y a pas grand-chose à faire. Parce qu'ils sont étrangers par exemple : donc au niveau social, il y a quelques petites choses, comme la carte d'AME, des choses comme ça, mais… même si on les inscrit par exemple à la MDPH, on sait qu'ils n'auront pas forcément de ressources derrière.
>
> Louise, infirmière d'État, CHRS 2, 38 ans

Pour Louise, « *faire du social* » se caractérise par des accompagnements similaires à ceux qu'elle réalise dans une optique de soin – vers l'hôpital principalement – mais en direction de dispositifs administratifs. On peut penser que cette conception restreinte du travail social, plutôt que de traduire une méconnaissance de celui-ci, exprime surtout le caractère très socioadministratif, plutôt que socioéducatif, du travail réalisé par sa collègue éducatrice, qu'on

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

a mis en lumière préalablement. Le LHSS, parce qu'il propose un accompagnement nettement délimité dans le temps et principalement axé sur le rétablissement somatique, n'est pas propice à l'appropriation d'un espace, même privatif (Jouve et Pichon 2015). Il est néanmoins significatif que, si ces délégations de tâches ne sont pas particulièrement valorisées par l'infirmière comme par l'éducatrice, elles s'opèrent non pas dans une logique de concurrence ou de hiérarchie des tâches, mais dans l'optique d'une coopération susceptible d'assurer la qualité des accompagnements. Autrement dit, il s'agit moins d'une délégation unilatérale et verticale du « sale boulot » (Hughes 1962 ; Peneff 1992) que d'une forme de partage de celui-ci, qui entretient les sociabilités et les socialisations professionnelles du dispositif.

La pluridisciplinarité est également à l'origine d'influences réciproques sur les manières de définir les problèmes à résoudre ainsi que leurs traitements, et de dépassements des rôles propres à chacune. Les réunions hebdomadaires donnent ainsi à voir les opérations de traduction et les négociations à l'œuvre entre elles, l'assimilation des connaissances échangées, et les rapports de pouvoir plus ou moins perceptibles à l'œuvre entre elles (encadré 4.14)

Encadré 4.14 : notes de terrain, la porosité des frontières professionnelles.

16 février 2016, réunion pluridisciplinaire du LHSS

Ce matin a lieu la réunion mensuelle entre les 4 professionnelles du LHSS. Les discussions partent de la situation des personnes hébergées, mais bifurquent fréquemment. Il est souvent question de la dotation de journée (110 euros) et de ce qui peut y entrer, ou non. Elles évoquent des manières de contourner cette limite : faire porter à l'hôpital le coût de transport des patients, les transporter soi-même, trouver des traducteurs parmi les hébergés, etc. 2 situations individuelles sont plus longuement évoquées :

Un monsieur arrivé au cabinet médical où exerce la médecin rattachée aux LHSS.

Celle-ci dit que « *c'est même pas de la précarité* », sous-entendant que la situation de la personne est pire, qu'il vit dans des conditions « *terribles* ». La situation de l'homme est précisée : il souffre d'hypertension et s'alcoolise massivement. Il est « *hyper abîmé. C'est plus un problème social que médical pur* » (médecin). L'éducatrice ajoute quelques éléments de précision : l'homme dort dans une voiture à Roubaix, fait des allers-retours entre la rue et les foyers, il est suivi par le Samu social. La question de la pertinence d'une orientation vers un dispositif d'addictologie se pose. La médecin propose la mise en place d'un traitement baclofène léger pour soigner sa dépendance. L'infirmière et la médecin échangent sur des possibles diagnostics, et suspectent notamment une « *hyponatrémie* ». Un jeu sur le jargon médical se donne à voir : Margaux, l'éducatrice, en forçant sa voix « *c'est quoi « l'hyponatrémie* » ? » ; Louise « *Ah là, c'est trop compliqué* » (rires). Se pose ensuite la question de la pertinence de l'orientation LHSS : Karine « *d'un point de vue médical* » ? Hésitation de la médecin, qui peine à se prononcer. Finalement, les professionnelles s'accordent sur l'idée que « *d'un point de vue médico-social, oui* », ce qui ne garantira pas de place à l'homme. Je découvrirai plus tard que l'hyponatrémie désigne une faible concentration en sel dans le sang.

Un monsieur déjà hébergé au sein du LHSS par le passé.

Les professionnelles font un point sur la prise en charge urologique, supposée avoir été réalisée par l'hôpital. A priori, une cystographie – une radio de la vessie et de l'urètre – n'a pas été réalisée, alors qu'elles semblent s'accorder sur la nécessité de cet examen. Toutes estiment qu'il n'est pas normal que la prise en charge médicale – ici hospitalière – ne soit pas satisfaisante. Sans apporter de guérison, le LHSS a permis de stabiliser cette personne : il faut discuter de la fin de prise en charge, tout en ayant en tête que celle-ci a des risques puisqu'elle implique la fin de l'étayage déployé et la fin du bénéfice d'une chambre seule, qui apparait pourtant nécessaire pour cette personne. Il semble que l'homme ait été pris pour un

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

patient autonome à l'hôpital ; cette remarque suscite d'abord de l'ironie, puis l'expression d'une forme de solidarité avec l'idée que l'hôpital est constamment débordé. La question du diagnostic initial est posée : celui-ci avait trait à un problème de prostate nécessitant une intervention, plus précisément une ablation. De nouveau, un jeu autour des connaissances médicales s'instaure : Margaux, éducatrice « *pourquoi t'enlèves une prostate ?* » ; Sandrine, cheffe de service « *bah quand elle est gênante* » ; Louise, l'infirmière « *bien Sandrine !* ». La médecin n'a pas pris part au jeu, mais elle sourit.

Ces passages permettent de comprendre comment ces professionnelles, de statuts et de disciplines variés, travaillent ensemble en vue de caractériser les problèmes et la meilleure solution à mettre en œuvre dans le cadre de l'accompagnement en LHSS. Si le champ de compétences de chacune des professionnelles engagées dans la conversation est formellement défini, des processus de socialisation réciproque sont à l'œuvre à travers ces réunions qui constituent des « *dispositifs de conversation* » propices à l'assimilation de catégories de représentations et de classement (Berger et Luckmann 1966). La médecin prend rarement la peine d'expliciter les termes auxquels elle a recours. Elle laisse cette responsabilité à l'infirmière, qui joue fréquemment un rôle d'intermédiation et de traduction entre travail social et travail médical, tout en distinguant entre ce qu'il est pertinent et possible d'échanger, ou non. Cette porosité facilite les passages de relais dans la division du travail de prise en charge et témoigne encore une fois de l'articulation renforcée du travail social et du travail médical au sein des LHSS, le travail paramédical assurant la liaison entre eux. Cette articulation s'observe finalement dans la régulation des LHSS.

3. La régulation et l'accès aux LHSS : critères médicaux, sociaux… et gestionnaires

Différentes associations sont porteuses d'une trentaine de lits-halte soins santé sur le territoire étudié. Néanmoins, la gestion de ces places est elle-même déléguée à une tierce association, « Santé pour tous ». Si aucune observation n'a été réalisée auprès de celle-ci, Marie-Claire Reid, l'une des médecins qui y travaille, a accepté de réaliser un entretien sur sa trajectoire et sur le travail réalisé par le centre de santé. Celle-ci témoigne d'une socialisation proche des autres médecins rencontrés (encadré 4.15).

Encadré 4.15 : la trajectoire socioprofessionnelle de Marie-Claire Reid.

Née en 1959, Marie-Claire Reid est médecin généraliste, fille de chef d'entreprise et d'une employée commerciale. Elle s'oriente vers la médecine afin d'allier son goût pour les sciences et pour le relationnel. Diplômée en 1988, elle installe son cabinet l'année suivante, dans un quartier périphérique de Lille, anciennement populaire mais dont elle dit qu'il « *a beaucoup changé* », avec regret. Mère de 4 enfants, elle explique arrêter son activité libérale face à l'impossibilité de la combiner avec son travail domestique. Elle est embauchée en tant que médecin du travail en 1997, mais l'expérience ne la satisfait pas car elle a le sentiment de perdre tout l'intérêt clinique et relationnel de la médecine générale. Elle s'investit bénévolement dans un centre de santé de la métropole, gérée par l'association « *Santé pour tous* ». Elle découvre cette association par hasard, après des recherches sur Internet. Elle explique

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

surtout chercher à retrouver ce qui lui plaisait dans la médecine générale, tout en donnant sens à son activité : de confession catholique, Marie-Claire Reid est peu diserte sur sa foi mais précise que « *ça l'aide beaucoup* ». En 2000, elle a l'occasion d'être embauchée par « Santé pour tous », ce qui apparait pour elle comme la solution idéale. Elle est aujourd'hui la médecin référente de cette association.

Santé pour tous est responsable d'un centre de santé qui accueille des populations n'ayant aucune couverture santé, c'est-à-dire principalement des ressortissants extra-européens, dans un contexte de durcissement des conditions d'accès aux droits sociaux de ces derniers (Izambert 2014, 2018 ; Martin 2018). Au-delà de la gestion du centre, l'association assure la régulation des dispositifs d'hébergement médicalisés extrahospitaliers : les lits halte-soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM). L'accès à ces dispositifs est décidé sur le double critère de l'absence de domicile personnel d'une part, et de l'existence d'un diagnostic médical nécessitant une prise en charge spécifique d'autre part. Tandis que les LAM accueillent des sans-domicile atteints d'une pathologie lourde, chronique ou incurable, les LHSS fournissent un hébergement médicalisé de court terme (Picon et al. 2013). Ils reposent sur le *turnover* des personnes accueillies, *turnover* présenté comme nécessaire et comme une mesure d'équité face à la prévalence des pathologies parmi la population sans-domicile. Ils ont ainsi vocation à accueillir des personnes dont le diagnostic est une pathologie temporaire et qui nécessite un hébergement théoriquement limité à deux mois, cette durée restant néanmoins sujette à diverses négociations, interprétations et modifications (Coulomb 2016) :

> Un problème de santé qui va pouvoir être résolu en 2 mois, si toi tu te prends en charge, parce que t'es motivé, etc. bah là ça va prendre 6 mois, 8 mois, un an… parce qu'au moment de la prise en charge, il [la personne hébergée en LHSS] va être absent au rendez-vous médical, donc il faut reprendre un rendez-vous. Ensuite… ah, ben il était là au rendez-vous, mais juste au moment du démarrage du traitement, monsieur chute dans les escaliers, parce que monsieur était alcoolisé, donc des exemples comme ça. Alors parfois ils vont être motivés, mais il va y avoir l'alcool, ou la drogue… un « *accident de parcours* » (rires).
>
> Louise, infirmière d'État, CHRS 2, 38 ans.

Selon cette infirmière, la culture somatique propre à des personnes très éloignées des dispositifs de soins de droit commun (Boltanski 1971) explique les difficultés qu'il peut y avoir à mettre en place un traitement adéquat au regard du diagnostic initial. Celui-ci, ainsi que la pertinence d'une orientation en LHSS sont évalués en amont par des échanges entre les institutions qui formulent la demande de LHSS et les médecins de « Santé pour tous » :

> On a créé des fiches avec trois volets : le versant social, le versant médical et puis le traitement. Donc en fait, on demande à la personne qui demande le LHSS de remplir ces fiches, donc globalement c'est, à plus de 80 % le milieu hospitalier, et puis un peu les deux centres de santé. […] Et puis après on a l'assistance sociale au téléphone pour compléter ce qu'elle nous a dit, parce qu'il y a toujours des choses qui sont pas dites, des détails, et même chose pour le médecin, on va toujours l'avoir au téléphone pour discuter un peu plus avant des patients. Et puis après, si on trouve que ça rentre bien dans le cadre LHSS, en fonction de là où il y a des places, on appelle le foyer où il y a de la place, on présente les patients. Une fois qu'on a donné notre accord, après c'est à eux de donner leur accord.
>
> Marie-Claire Reid, médecin généraliste en centre de santé, 59 ans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Les différents échanges, écrits et oraux, entre institutions demandeuses et santé pour tous, visent à préciser les diagnostics et à s'assurer que le LHSS constitue un traitement pertinent. Il s'agit surtout d'éviter des situations « *trop lourdes* », pour lesquels les LHSS ne fourniraient pas une prise en charge médicale adéquate, et qui nécessiteraient plutôt une prise en charge hospitalière. Santé pour tous joue ainsi le rôle d'intermédiaire et d'interface entre le champ sanitaire et le champ médico-social. Une éducatrice du CHRS 2, qui travaillait auparavant au sein du LHSS explicite ci-dessous les visées du soin dans le cadre du dispositif :

> Le but des LHSS, c'est d'accueillir les personnes pour un temps donné. Par exemple à la sortie de l'hôpital, ou parce qu'ils ont une pathologie aigüe, qui nécessite des soins mais dans un temps limité, ou même chronique, mais pour des soins dans un temps limité. Par exemple une personne qui a un cancer, qui doit faire une chimiothérapie, la chimio ça va durer quelques semaines, ça va pas durer toute l'année, on va le garder quelques semaines et puis on va le réorienter ailleurs.
>
> Albane, éducatrice spécialisée en stabilisation, CHRS 2, 39 ans

Cet extrait souligne que ce ne sont pas tant les pathologies elles-mêmes qui déterminent l'accès aux LHSS, que les soins qu'elles impliquent. Les situations trop « légères » ne sont pas évoquées par la médecin coordinatrice. Elles existent pourtant, comme le suggère la situation décrite ci-dessous (encadré 4.16).

Encadré 4.16 : notes de terrain, le cas paradoxal de Monsieur Nastok.

2 novembre 2015, matinée avec Margaux, en LHSS.

Je passe la matinée avec Margaux (ES). Elle commence par recevoir M. Nastok, et doit lui annoncer qu'il va devoir quitter le LHSS. Margaux m'explique que M. Nastok est bulgare. Il a quitté un camp de Roms, et s'est retrouvé dans un hébergement d'urgence. À la suite d'un contrôle médical, il a été orienté en LHSS. J'exprime ma surprise : il existe normalement une liste d'attente pour les LHSS, gérée par Santé pour tous. Margaux me fait comprendre que le médecin en question est bien connu du secteur et détient une certaine marge de manœuvre avec les LHSS, ce qui a permis que M. Nastok obtienne une place rapidement. Celui-ci tousse beaucoup quand il intègre la structure : Margaux et les professionnelles du LHSS soupçonnent alors une tuberculose et de nombreux tests – qu'il n'y aurait pas nécessairement eu dans le cadre d'une arrivée plus classique – sont réalisés.

Finalement, des lésions sont détectées et l'on conclue à un cancer du poumon. Néanmoins, celui-ci est pour l'heure invisible, ce qui pose problème : le cancer est à une phase trop précoce pour être traité. M. Nastok doit donc quitter sa place en LHSS, et être orienté sur une place d'urgence.

Cinq minutes plus tard, l'homme entre dans le bureau. Il est souriant, baragouine quelques mots en guise de salutations. Margaux répond des politesses, visiblement mal à l'aise. L'entretien n'est pas simple à mener : il comprend très mal le français, et Margaux doit s'y reprendre à plusieurs fois pour être certain qu'il a bien compris de quoi il était question. Elle lui assure qu'il pourra retrouver sa place plus tard, c'est-à-dire *lorsque son état aura empiré*. M. Nastok a l'air abattu en comprenant ce qu'il se passe. Il ne peut pas exprimer ce qu'il ressent, ni même de question. Il finit par quitter le bureau en silence. Margaux également est dépitée.

La situation décrite ci-dessus révèle bien les ambiguïtés et les paradoxes qui existent autour des modalités de prise en charge médicale assurée par les LHSS. Ce type de paradoxes

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

renvoie aux arbitrages complexes à mettre en œuvre dans des situations hybrides, dans lesquelles des considérations sociales, humanitaires, et médicales s'imbriquent et qui imposent bien souvent des « choix tragiques » (Elster 1992 ; Fassin 2010). Mais elle fait également écho à l'analyse proposée par Yann Benoist, quant aux « usages stratégiques » que les personnes sans-domicile sont susceptibles de faire de leur état de santé, en renversant leur maladie d'un *stigmate* en une *ressource* mobilisable en vue d'accéder à des prestations d'aide sociale de meilleure qualité (Benoist 2016). Avant même qu'il ne soit réorienté vers une place d'urgence sociale, M. Nastok s'est ainsi cassé la jambe, justifiant ainsi son accès aux LHSS. S'il est peu probable que celui-ci se soit volontairement cassé la jambe, l'infirmière et l'éducatrice du LHSS l'ont fortement suspecté, émettant des doutes quant à la sincérité de M. Nastok. Si le terme « *stratégique* » est sans doute exagéré, la situation témoigne des tensions qui traversent les LHSS. Dispositifs médico-sociaux, ces derniers reposent en réalité sur une hiérarchie entre le « social » et le « médical ». Ainsi, les situations qui sont, d'un point de vue médical, trop légères, sont rétrogradées dans la hiérarchie des demandes d'accès aux LHSS :

> **Et la hiérarchisation elle se fait comment ?**
>
> Pour les LHSS, c'est très… c'est surtout médical, le social rentre aussi mais… l'ancienneté joue, mais c'est pas que ça : le plus ancien passe pas forcément devant celui qui est arrivé hier. Il passe devant si c'est à pathologie égale, à urgence égale…
>
> Marie-Claire Reid, médecin généraliste en centre de santé, 59 ans

Contre l'ancienneté de la demande, c'est le critère médical, implicitement incarné par le degré de gravité de la pathologie et par la possibilité de gérer celle-ci indépendamment des dispositifs de soin, qui parait déterminer l'ordre de l'accès aux places. Selon cette médecin, les dimensions sociales constituent des critères secondaires, seulement mobilisés « *à pathologie égale* ». Si l'enquête ne s'est pas focalisée sur la régulation des LHSS et les profils de patients qui y sont orientés, cette affirmation mérite néanmoins d'être nuancée. En effet, dans le cas où la dotation forfaitaire n'est pas suffisante pour couvrir l'intégralité des soins, et dans l'éventualité où les personnes accueillies n'ont pas de couverture sociale, le reste à charge doit être financé par l'association porteuse des LHSS. De sorte que ces dernières effectuent, en plus de la régulation opérée par Santé pour tous, un second filtre :

> On doit faire attention… alors, c'est débile hein, mais on doit faire attention aux personnes qu'on accueille et à leur pathologie. Par exemple, on se refuse à accueillir quelqu'un qui a le SIDA ou quelqu'un qui a une grosse, grosse maladie : là on a accueilli pendant un temps quelqu'un qui devait faire des dialyses, sauf que ça nous coûte une fortune… ne serait-ce que le transport pour aller faire des dialyses 3 fois par semaine, et du coup on peut pas financièrement assumer ça. Du coup c'est pour ça aussi que Santé pour tous nous envoie les cas les moins lourds, par rapport à d'autres structures qui ont plus de budget et plus de personnel : parce que comme ils ont du personnel à temps plein, c'est fait par leurs salariés, alors que nous c'est fait par l'infirmier libéral, qui est à notre charge…
>
> Sandrine, Cheffe de service dans le CHRS 2, 38 ans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cet extrait souligne bien le fait que les LHSS, tout en proposant un accès aux soins privilégié pour les personnes sans-domicile, reproduisent des logiques de tri à l'œuvre dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux (Martin 2011 ; Lachenal, Lefève, et Nguyen 2014 ; Gelly 2018), rendues ici possibles par des modalités de tarification qui renforcent les inégalités sociales de santé (Belorgey 2010 ; Martin 2016). Aux logiques médicales s'articulent, voire se confrontent des logiques sociales, mais aussi des logiques gestionnaires et budgétaires. Ces dernières, exogènes à la prise en charge, tendent à s'affirmer comme un élément structurant, notamment dans l'évaluation du travail réalisé, donc de sa justification et de sa pertinence (Martin 2011).

II. Les permanences médicales et leur rôle dans l'accompagnement médico-social des hébergés

Contrairement aux lits-halte soins-santé du CHRS 2, les permanences médicales et infirmières du CHRS 1 sont par définition ponctuelles, bien que régulières. Elles se tiennent dans des pièces spécifiquement affectées et situées au rez-de-chaussée, pièces auxquelles l'accès est restreint. De la même manière que les maraudes incarnent la volonté « *d'aller vers* » ceux qui ne demandent pas ce à quoi ils sont droit, les permanences médicales amènent aux personnes hébergées le soin « *à domicile* », inversant ainsi le fonctionnement de la médecine de ville. La question du recours effectif aux soins n'est pas pour autant résolue par l'existence, la proximité et l'adaptation des permanences vis-à-vis de la population qu'elles prétendent soigner. Cette adaptation peut se révéler complexe, prendre du temps et faire l'objet d'échanges soutenus entre soignants et soignés (Coulomb 2016), mais aussi parfois avec les travailleurs sociaux, qui jouent un rôle déterminant dans le recours aux permanences au sein du CHRS 1. Plusieurs points sont rapportés ici. On revient sur les logiques qui structurent l'organisation des permanences et sur la manière dont les travailleurs sociaux et les hébergés du CHRS ont recours à ces permanences. Cette évocation amène à souligner certaines caractéristiques du travail de soins mis en œuvre dans le cadre des permanences (1). On rapporte ensuite le récit d'une permanence médicale à l'issue de laquelle un résident est décédé. Au-delà de la dimension symbolique forte de cet évènement dans le quotidien du CHRS, l'analyse de ce récit éclaire certaines des tensions qui se font jour dans la prise en charge médicale des personnes sans-domicile (2).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. Les permanences médicales et leur public : du recours autonome au repérage professionnel

Les permanences du CHRS 1 sont réservées aux personnes hébergées au sein du dispositif ou, à de rares exceptions près, à des personnes qui y étaient préalablement hébergées. Elles ne proposent que quelques heures d'ouverture par semaine, le mardi et le jeudi dans l'après-midi, à l'issue desquelles il est rare que toutes les personnes qui le souhaitent soient finalement soignées, qu'elles soient découragées par l'attente ou que le créneau de soins se révèle trop court. Comme dans le centre de santé de l'Abej, l'analyse de la permanence médicale nourrit la question du non-recours aux soins par les publics les plus pauvres ou plus largement, vulnérables (Rode 2010) puisqu'elle permet d'aborder celle-ci du point de vue des institutions qui mettent en œuvre ces soins. Les travaux sur la question, en particulier ceux de Philippe Warin, mettent en lumière trois formes de non-recours (Warin 2013, 2016) : la non-connaissance des droits, la non-demande, et la non-réception. On peut faire l'hypothèse que le non-recours des personnes sans-domicile est nourri par leur expérience de l'exclusion plus ou moins violente du système de droit commun (Dodier et Camus 1997 ; De Pauw 2012). À de nombreuses reprises, les travailleurs sociaux ont rapporté des exemples de cette exclusion, le plus fréquemment de l'hôpital mais également dans le cadre de la médecine de ville. Si la réorientation vers les dispositifs de droit commun est un enjeu central de la prise en charge médico-sociale des sans-domicile, la fin des logiques discriminatoires envers les pauvres en apparait comme l'une des facettes les plus saillantes.

Le recours aux soins *via* la permanence s'opère selon deux modalités principales. Les hébergés peuvent se rendre d'eux-mêmes à la permanence médicale. Ce type de recours est un indice d'autonomie des personnes et se trouve davantage parmi des personnes hébergées au sein du service d'insertion. Ces dernières identifient la prise en charge de leur santé comme une dimension importante de leur accompagnement et de leur bien-être, ou ont un usage instrumental du recours aux soins. Elles ont intégré l'existence de la permanence et y ont fréquemment recours, parfois toutes les semaines (encadré 4.17).

Encadré 4.17 : notes de terrain, le recours autonome aux permanences médicales du CHRS 1.

Permanence médicale, jeudi 24 septembre 2015.

J'assiste pour la première fois à la permanence médicale, avec le docteur P., qui m'a donné son autorisation pour être présent. Le cabinet est petit. Un lit médicalisé se trouve au milieu de la pièce, à son côté le poste de travail du médecin, avec une chaise et un ordinateur. À l'opposé, là où je me trouve, cinq personnes se succèdent. Le médecin connait bien la plupart des patients, leurs dossiers médicaux et leur situation.

La première patiente entre seule dans la permanence. Elle est hébergée au sein du service d'insertion. Elle vient pour renouveler un traitement (Subutex et Atarax), et pour évoquer avec le médecin la possibilité d'une cure pour une consommation de « *haschisch* ». Le médecin n'a pas l'air surpris, il semble la connaitre. Il explique patiemment le dispositif de cure. Elle semble plutôt intéressée : elle veut « *retrouver*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

un job », mais a conscience de la difficulté de cet objectif dans l'état actuel des choses. Elle baille beaucoup, et répète souvent son envie de travailler. Le médecin l'interroge sur ce qu'elle envisage de faire. Elle répond qu'elle prendrait « *n'importe quoi* », tant qu'un salaire se trouve au bout. Le médecin lui demande si elle souhaite tenter la cure, auquel cas il faudrait lancer les démarches le plus rapidement possible car un temps d'attente est à prévoir. La dame réfléchit, puis renonce en expliquant qu'elle est « trop fatiguée en ce moment » et qu'elle verra plus tard. Le médecin acquiesce, et renouvelle son traitement : elle se dit soulagée, car son médecin traitant est plus réticent à le faire. Lorsqu'elle sort de la consultation et en attendant qu'une autre personne entre, le médecin m'explique qu'il a l'habitude avec cette dame, expliquant que son discours est largement formaté. S'il en a conscience, il propose à chaque fois la possibilité d'entrer en cure, mais renouvelle son traitement si elle ne souhaite pas le faire finalement.

La permanence apparait ici, de la même manière que le centre de santé de l'accueil de jour, comme un lieu privilégié pour des personnes largement rétives à avoir recours au système de santé. Dans cette situation, la personne est hébergée en insertion et a spontanément recours à la permanence. Il est intéressant de noter qu'elle a pourtant un médecin traitant en ville. Contrairement à l'accueil de jour néanmoins, cet état de fait ne signifie pas qu'elle soit exclue de la permanence. On peut avancer deux explications à cela : si les observations ont suggéré que les demandes de soins dans le CHRS 1 dépassaient les possibilités offertes par les quelques heures de permanences, il est impossible de conclure à un constat de saturation de ces permanences, comme cela peut être le cas à l'accueil de jour ou au centre de santé. En témoigne l'absence de débats au cours des réunions hebdomadaires sur ce point, réunions auxquelles ne participent d'ailleurs pas les médecins et les infirmières qui assurent les permanences. Une régulation est exercée à la marge par les travailleurs sociaux du CHRS, par exemple pour faire passer en priorité des personnes rétives à se faire soigner (voir le point suivant), ou à l'inverse, pour demander à d'autres de laisser leur place en raison de recours perçus comme excessifs. Ces deux cas de figure ont été néanmoins beaucoup plus rares qu'à l'accueil de jour.

Ensuite, on peut rapporter ces éléments aux pratiques propres de la médecine des pauvres, déjà évoquées dans le chapitre 3. La situation présentée illustre bien deux des éléments qui s'y rapportent. On retrouve une dimension psychologique centrale, caractéristique de la relation de soin assurée par le « *médecin de famille* » (Muel-Dreyfus 1984), devenu médecin généraliste ou traitant (Bloy et Schweyer 2010). Une part importante des consultations est consacrée à l'écoute des personnes hébergées, la technique étant parfois reléguée au second plan – même si ce point doit être nuancé. Un indice emblématique de cette dimension est que les patients de la consultation ne sont pas invités à se déshabiller. S'il est possible que ma présence ait justifié cette pudeur, elle nous semble surtout représentative d'un rapport au corps caractérisé par sa mise à distance relative (Coulomb 2016), pudeur dont le médecin, qui soigne des sans-domicile depuis vingt ans, parait avoir conscience. Ainsi je n'ai été invité à sortir de la permanence qu'à une seule reprise, à la demande d'un hébergé. Au bout de cinq minutes, peine, il ressortait de la consultation : on peut penser que celle-ci a été justifiée par un questionnement intime, peut-être relatif à sa sexualité, plutôt que par une demande d'examen

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

clinique. Un autre élément qui étaye l'idée de la centralité du travail psychologique se rapporte à la durée des consultations. Celles-ci ont pu durer jusqu'à 40 minutes et il était rare que le médecin voie plus que cinq personnes lors de ses deux heures de permanence. Cette durée peut être rapportée au travail de discussion, d'échanges et parfois d'incompréhensions entre soignants et soigné (Coulomb 2016), mais aussi à une attention spécifique au patient, suggérant l'adoption de pratiques originales dans la réalisation du travail de soin. Ce constat tranche avec la pratique du soin envers les classes populaires dans les institutions de droit commun : Aurore Loretti a ainsi montré que les oncologues adoptent des attitudes nettement moralisantes vis-à-vis des patients d'origine populaire, et qu'ils passent moins de temps en consultation avec eux (Loretti 2017). En somme, le médecin des permanences assure ainsi un rôle de médecin traitant par procuration, en prescrivant des consultations auprès de spécialistes, ou vers des institutions médico-sociales (cure, EHPAD, appartements de coordination thérapeutique, MDPH…). Ensuite, certaines affections qui touchent plus particulièrement les personnes sans-domicile tendent à justifier le recours à la permanence plutôt qu'à la médecine de ville. La situation évoquée offre un exemple typique, puisqu'il s'agit du renouvellement d'un traitement de substitution. En dépit – ou en raison – de la lente implantation du paradigme de la réduction des risques en France (Coppel 2005 ; Le Naour 2010), une frange importante de la médecine de ville est restée hostile à la délivrance de ce type de traitements (Feroni 2004 ; Dassieu 2014). De sorte que le médecin de la permanence, tout en ayant noué des partenariats avec des services de cure et en encourageant les personnes qu'il rencontre à avoir recours à ce type de traitement, n'hésite pas à renouveler les traitements de substitution.

En dehors de cette forme de recours autonome de la part des hébergés, la seconde forme de recours est celle qui est réalisée sur le conseil, qui peut s'apparenter à une injonction, des personnes qui accompagnent au quotidien les hébergés. En l'occurrence, ce sont bien souvent les travailleurs sociaux du CHRS qui sont amenés à identifier un changement d'état plus ou moins visible dans la situation des personnes qu'ils accompagnent (encadré 4.18).

Encadré 4.18 : notes de terrain, le recours accompagné aux permanences médicales.

Permanence médicale, jeudi 8 octobre 2015.

Le 2ème patient est un monsieur âgé déjà croisé à l'accueil de jour de l'Abej, qui y passe toutes ses journées, affalé sur une des tables. C'est la première fois que je le vois dans le CHRS et suis surpris de le savoir hébergé ici. Il s'est ouvert au niveau du poignet droit il y a plusieurs jours. Son référent, Alvès (ME), l'accompagne. Je comprends pourquoi lorsque l'homme dit qu'il a déjà son propre médecin traitant et qu'il n'ira pas voir Alvès (qui est parti aux toilettes). Je constate que sa blessure, sans doute bénigne au début, est aujourd'hui purulente. Lorsque je le lui fais remarquer, il en minimise la gravité, alors qu'elle est clairement enflée et suintante, probablement douloureuse : Alvès lui fait remarquer qu'il n'est pas en mesure de soulever son plateau-repas le midi et que son bras est toujours « tombant » le long de son corps. Je suis presque surpris qu'il ait fait la queue pour la permanence médicale.

Lorsqu'Alvès revient, la décision est rapidement prise d'inciser pour crever l'abcès. Pendant ce temps, l'homme poursuit un monologue sur son attachement à son médecin traitant et sur l'inutilité qu'il ait

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

recours à la permanence. Il ne donne jamais son nom néanmoins, et ne semble pas percevoir de nécessité à prendre rendez-vous pour soigner sa blessure, malgré le handicap qu'elle occasionne. Le médecin cherche alors pendant plusieurs minutes le matériel médical nécessaire, s'énerve et peste, sans viser quelqu'un en particulier. Il finit par trouver le nécessaire (désinfectant, scalpel, compresses), et réalise l'intervention. Il détourne l'attention de l'homme en tentant d'intégrer le monologue continu entamé depuis son entrée dans la permanence, et répété à plusieurs reprises. Le détournement d'attention marche bien : alors que l'intervention parait douloureuse, l'homme ne bronche pas et continue de parler. L'intervention se termine avec le pansement, réalisé par l'infirmière. Le médecin remarque le teint pâle de l'homme, et son état de fatigue apparent. Il veut mesurer son taux de glucose, mais ici encore le matériel fait défaut et il recommence à s'énerver. La décision est donc prise que l'homme revienne la semaine suivante, pour faire un bilan de santé plus global.

L'homme n'est pas revenu la semaine suivante, et le médecin n'a pas évoqué son cas, qu'il l'ait oublié, qu'il n'ait pas jugé urgent et nécessaire ce nouveau rendez-vous, ou qu'il ait estimé que c'était à la personne accompagnée ou à son référent de s'assurer d'un nouveau recours à la permanence. Dans la situation rapportée, l'hébergé paraissait particulièrement peu conscient de sa blessure et du handicap que celle-ci occasionnait. C'est bien la vigilance de son référent qui a entrainé le recours à la permanence. Ce recours a pourtant été relativement tardif : la blessure de l'homme était suffisamment infectée pour être à l'origine d'une incapacité d'usage de son bras. Si le soin s'est finalement bien passé et a permis d'améliorer l'état de l'homme, ce n'est néanmoins pas toujours le cas, comme on le verra plus loin. La question du (non-)recours aux soins se déplace alors vers celle du repérage des troubles, de la souffrance et des pathologies. Cette question est simple, mais sa réponse est complexe : comment les travailleurs sociaux sont-ils supposés repérer ces affections ?

Au fondement de ces interrogations, c'est la question de la démarcation entre normal et pathologique qui se pose ici, mais qu'il est nécessaire de resituer dans le contexte spécifique de l'organisation de la prise en charge des sans-domicile. Dans l'analyse de Canguilhem, le médecin joue un rôle déterminant dans le tracé de cette démarcation. C'est lui qui, en s'appuyant sur ses connaissances, distingue le normal du pathologique, et inversement (Canguilhem 1966). Plus spécifiquement c'est la physiologie, « science du normal » dont le médecin est détenteur, qui permet l'identification d'altérations dans l'état de santé, c'est-à-dire de déviances d'ordre biologique – des déviances « vitales » – qui, dans les cas de populations précaires, correspondent souvent à des déviances sociales[123] (Macherey 2014) : ainsi des troubles psychiques et psychiatriques, des usages de psychotropes et des addictions qu'ils peuvent créer, ou encore de certaines pathologies réputées prévaloir parmi les populations pauvres du fait de leurs modes et de leurs conditions de vie (gale, tuberculose…). Canguilhem développe son analyse en philosophe, détachant celle-ci des différents contextes sociaux dans lesquels elle est susceptible de s'appliquer. Or précisément, en s'appuyant sur de nombreux

[123] Et ce sans même intégrer les théories des sociologues de la santé sur la maladie comme déviance et sur l'adoption du rôle de malade (Parsons 1951, 1975 ; Freidson 1970a).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travaux en sociologie de la santé et de la médecine, on peut avancer que cette frontière entre normal et pathologique est socialement située, que ces deux opposés sont des faits sociaux et moraux qui font l'objet de discussions, de luttes et face auxquels les individus et les groupes sont inégaux. Ainsi, dans le cas des sans-domicile comme pour d'autres populations dont les vulnérabilités sociales et sanitaires sont très étroitement liées (Brodiez-Dolino 2013 ; Brodiez-Dolino et al. 2014), le tracé de la frontière entre normal et pathologique est potentiellement moins évident que pour des groupes sociaux intégrés parce que moins en adéquation avec les représentations dominantes de ce que signifie être malade, avoir une bonne hygiène ou être en bonne santé (Boltanski 1971).

Ce questionnement est d'autant plus complexe qu'il implique de prendre en compte d'autres dimensions plus ou moins directement liées à la démarcation entre normal et pathologique : d'une part, l'organisation du CHRS rend la vigilance des travailleurs sociaux très inégale en fonction des personnes qu'ils accompagnent, de la fréquence de leurs rencontres, de la capacité et de la volonté des hébergés à montrer, exprimer, ou à l'inverse à cacher de possibles affections ; par ailleurs, le diagnostic implique la mobilisation de connaissances d'ordre médical que ne sont pas supposés posséder les travailleurs sociaux. C'est donc en profane qu'ils sont supposés repérer des situations qui peuvent se révéler des pathologies d'un point de vue médical. Enfin, malgré la vigilance potentiellement quasi continue permise par l'organisation du CHRS, l'état plus ou moins dégradé de certaines personnes hébergées en son sein, physiquement et psychologiquement peut rendre complexes le repérage et l'identification d'états pathologiques. Dans un tout autre contexte, celui de quartiers pauvres de Delhi en Inde, l'anthropologue Veena Das observe et analyse des formes de souffrance physique et psychologique aigüe, devenues ordinaires tant elles se sont incrustées dans un tissu social et dans les corps de celles et ceux qu'elle touche : la souffrance, voire la pathologie, deviennent sinon normales, du moins banales (Das 2015). Das souligne que cette souffrance structurante, banalisée et propre à un contexte de pauvreté omniprésente est plus difficile à voir, à décrire et à analyser qu'une souffrance ponctuelle et inhabituelle moins spontanément assimilable à des conditions de vie plus favorables. Si les contextes ne sont pas les mêmes et si l'on peut identifier de fortes différences entre systèmes de soins, systèmes de valeurs et trajectoires individuelles des pauvres malades, l'idée d'une souffrance structurante et par conséquent moins visible peut, dans une certaine mesure, s'appliquer au CHRS et à son organisation. Toute la difficulté tient alors à la capacité des travailleurs sociaux à identifier des évolutions dans l'état des hébergés, sans nécessairement que ceux-ci expriment une quelconque douleur, le besoin d'être soigné, ou un sentiment de mal-être. On montrera dans le chapitre 7 que ces professionnels sont largement socialisés aux représentations médicales et au regard clinique.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Une permanence qui finit mal : la mort de Jacky O

Afin de conclure l'analyse du travail de soin à l'œuvre dans les permanences du CHRS 1, on propose de restituer et d'analyser une situation d'observation particulière, qui relate le décès d'une personne hébergée (encadré 4.19)

Encadré 4.19 : notes de terrain, une permanence qui finit mal.

Permanence médicale du CHRS, jeudi 15 octobre 2015.

Une première personne arrive, accompagnée d'une éducatrice travaillant au sein d'une maison-relais. Le médecin m'explique qu'il connait ce monsieur depuis 20 ans, et me raconte son « *histoire* » : trouvé sous un pont quand il était enfant, il est connu de l'association « *depuis toujours* » et a été hébergé au sein du CHRS. Depuis, ce n'est que le médecin du CHRS qui le soigne. On toque à la porte, et lorsque Valérie (ES) entre dans le cabinet, elle le reconnait et le salue. Valérie demande au médecin de recevoir Jacky, un hébergé qui « *ne va pas bien du tout* » depuis quelques jours, en demandant s'il serait possible de le voir tout de suite après, et le médecin acquiesce […].

Une nouvelle personne entre, il s'agit de Jacky O. C'est un petit monsieur, chétif, que j'ai déjà aperçu au CHRS, dont des photos sont sur les murs du réfectoire. Il est en mauvais état : il titube, penche fortement d'un côté lorsqu'il s'assied, a l'air désorienté, marmonne de façon presque incompréhensible. La consultation va commencer, et cette fois c'est Lydie (ME) qui l'accompagne. Elle essaie d'amener Jacky à reconnaitre que ça ne va pas, mais celui-ci refuse catégoriquement. Lydie évoque une éventuelle hospitalisation, Jacky oppose un refus catégorique. Le médecin le suggère également, assurant qu'il sera bien traité et qu'il aura du repos. Nouveau refus. Lydie évoque ensuite le fait que Jacky « *a souvent pleuré récemment* », et qu'on l'a souvent trouvé couché par terre au matin, dans sa chambre, suite à de fortes alcoolisations. Elle dit cela à voix haute en s'adressant à Jacky. Ce dernier se justifie maladroitement, expliquant qu'il « *passe la nuit dans son lit, et se met par terre le matin* ». Le médecin constate lui aussi que « *ça ne va pas fort* ». Lydie quitte finalement la pièce après un silence et le médecin commence à ausculter Jacky. Il constate son mauvais état. Jacky respire très difficilement. Il penche sans arrêt sur sa gauche, comme s'il s'endormait, et manque à plusieurs reprises de tomber : je me lève et le soutiens pour qu'il ne tombe pas. L'auscultation se termine. Jacky remet son manteau, mais l'enfile à l'envers… de nouveau j'interviens pour l'aider. Son souffle est terrible, il me donne l'impression de s'être dégradé en quelques minutes. Pendant ce temps l'infirmière est en train de ranger le matériel médical, et de préparer des médicaments pour certains hébergés. Le médecin demande s'il n'y a pas de la Ventoline ou quelque chose qui y ressemble pour l'aider à respirer : l'infirmière cherche, et finit par trouver un inhalateur. Le médecin ajoute à ça un médicament soluble, que Jacky met un certain temps à avaler. Le temps passe, le médecin cherche le dossier informatique de Jacky, sans succès. L'infirmière est sortie, Jacky attend. Il se lève pour aller aux toilettes, le médecin cherche à le retenir mais Jacky insiste. Le médecin finit par accepter, mais insiste pour qu'il revienne. En partant, il dit à la personne suivante de ne pas rentrer. Il va à gauche dans le couloir, vers les toilettes les plus proches, qui sont formellement réservées aux salariés.

Un peu de temps passe avant que le médecin n'autorise la personne suivante à entrer. Il s'agit d'un jeune homme en situation de handicap d'origine russe, accompagnée de sa sœur : au sein du CHRS, ils sont appelés la « *fratrie* ». Leur occupation commune d'une chambre est liée à la situation du jeune homme, en attente d'une notification de droit au séjour pour soins. L'infirmière fait son retour. La discussion avec la fratrie semble complexe, ils peinent à se faire comprendre. À un moment, je dis à l'infirmière qu'il faudrait peut-être que j'aille chercher Jacky. Celle-ci ironise en me disant qu'il est peut-être allé faire la « *grosse commission…* ». Je laisse tomber l'idée. […]

La permanence médicale se termine. Je pars saluer tout le monde et croise un hébergé dans le couloir qui me dit « *ambulance, ambulance* ». Je ne comprends pas de suite, je vais voir au bout du couloir et vois Jacky effondré derrière le babyfoot, le visage jaune-blanc. Je cours chercher des éducateurs, puis le médecin. Samir (ME) appelle une ambulance, nous déplaçons le babyfoot et le médecin commence un massage cardiaque qui parait d'autant plus violent que le corps de Jacky parait faible. Le médecin

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

saisit ensuite le défibrillateur qu'on lui tend. La scène parait durer longtemps : 10, 15 minutes ? Cela semble en tous cas très long. Une petite dizaine de personnes (éducs, ME, usagers) est présente à proximité, observe, l'air très inquiet. Samir et Alvès sont les plus réactifs : il faut libérer le passage pour le moment où les pompiers arrivent. Les hébergés sont éloignés de la scène, leurs référents doivent montrer l'exemple. Les secours arrivent (pompiers et Samu) et prennent le relais du médecin : un urgentiste échange avec le médecin, tandis qu'un autre intube Jacky. D'abord annoncée désespérée, la situation connait une légère amélioration : le cœur de Jacky se remet à battre *in extremis*. Il est emmené à l'hôpital, nous remettons les lieux en ordre.

Tout le monde est sous le choc, abattu. Jacky est une figure phare du CHRS. J'apprends qu'il y est hébergé depuis des années, et qu'il a connu un long parcours de rue. Je me souviens avoir pensé que j'aurais dû l'accompagner parce qu'il m'a semblé avoir pris la « *mauvaise direction* », celle des toilettes des salariés. Rétrospectivement, ce choix relevait du bon sens : il est allé au plus proche. Je fais le tour des lieux avant de partir. L'ambiance est morose. Lydie, la monitrice qui a insisté pour que Jacky se soigne, pleure dans le réfectoire, entouré de certains hébergés qui la réconfortent. Je quitte le CHRS pour rentrer, il est près de 22h.

Le lendemain matin, la nouvelle s'est répandue. Alvès m'explique que les secours ont salué la réactivité de l'équipe. Jacky est dans le coma, son pronostic est très réservé, et même plutôt mauvais. L'ambiance n'est pas joyeuse, mais le CHRS a repris son activité. […]

Mardi 20 octobre 2015

Le mardi suivant, lorsque j'arrive pour assister à la réunion d'équipe, Alvès me dit tout de suite que Jacky est décédé. Lors de la réunion, le sujet n'est pas abordé tout de suite, mais après les informations générales : de fait, tout le monde est au courant, en a parlé, et le quotidien du CHRS a repris son cours. Jacky sera enterré jeudi : les travailleurs sociaux s'organisent pour pouvoir y aller et accompagner les usagers qui le souhaitent.

Il n'a pas été aisé d'évoquer cet épisode avec les professionnels du CHRS dans les jours qui l'ont suivi. Ces derniers se sont vu proposer une « supervision », terme aussi connu sous l'expression d'« *analyse des pratiques* » (Gaspar 2012). À l'image du *case work* qui a profondément restructuré les pratiques d'accompagnement éducatif en l'inscrivant dans des registres psychologisant et psychanalysant (Bresson 2012 ; Alix 2019), la supervision contribue à diffuser une lecture des faits sociaux centrée sur le ressenti des professionnels et le sens profond qu'ils donnent à leurs actions, plutôt que sur les processus historiques ou les rapports de force qui les produisent. Au-delà de l'émotion liée au décès de Jacky, comment analyser cette situation sociologiquement ? Davantage que d'autres situations que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai ressassé celle-ci pendant plusieurs jours. Son analyse sociologique s'est révélée ardue et largement occultée par des interrogations sur ce qui aurait pu ou dû être fait (par le médecin, l'infirmière, les éducatrices du CHRS, moi-même) afin d'éviter la mort de Jacky O., alors qu'il s'agit d'expliquer pourquoi et comment cet évènement a été possible.

Bien que traumatisant, cet évènement n'est pas exceptionnel. Au sein du CHRS 2, plusieurs décès avaient eu lieu avant mon enquête, et plusieurs autres ont eu lieu après mon départ des deux CHRS. Une inégalité flagrante se fait jour face à la mort entre personnes sans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

et avec domicile : si les chiffres à ce sujet manquent[124], le collectif des Morts de la Rue évalue l'âge moyen de décès des personnes sans-domicile à 49 ans alors que l'espérance de vie est de 79,6 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes en 2018 selon l'Insee. Si Jacky était hébergé depuis longtemps, son long parcours de rue et la permanence de sa consommation d'alcool associée à d'autres habitudes de consommation ont pu contribuer à une lente dégradation de son état de santé. On peut ensuite remarquer que l'on retrouve le rôle de repérage et de détection des situations pathologiques assuré par les travailleuses sociales. Ce sont elles qui amènent Jacky à se soigner. Dans sa situation pourtant, la difficulté n'est pas de détecter la pathologie, ou du moins, l'existence d'un problème de santé. Dès le moment où Jacky entre dans le cabinet, ce problème se voit – à travers son teint, sa démarche, sa tenue générale – et s'entend – à travers sa difficulté à respirer et à s'exprimer. Il s'agit surtout de l'amener au soin, de lui faire accepter son rôle de malade (Parsons 1975), alors même que celui-ci implique une perte d'autonomie plus marquée encore que le statut d'hébergé au sein du CHRS. Son rejet d'une hospitalisation, proposée à deux reprises, traduit le rejet d'une institution couramment identifiée par les sans-domicile, mais aussi par les travailleurs sociaux et les professionnels de santé de la juridiction, comme hostile, répulsive et excluante (Peneff 1992 ; Dodier et Camus 1997). La situation fait ainsi écho aux controverses régulières autour de la « *mise à l'abri obligatoire* » des sans-abri durant l'hiver (Gardella 2014a), et au sens sociologique de leurs refus d'assistance. Plusieurs travaux ont montré que celui-ci devait plutôt être rapporté à des inscriptions au sein de collectifs de rue, en squat ou autre, donc à des formes de réaffiliation au sein de réseaux de sociabilités même marginaux ou déviants, plutôt qu'à une seule analyse en termes de désocialisation ou de choix individuels (Bresson 1994 ; Pichon 2010 ; Cefaï et Gardella 2011). Dans le cas de Jacky, on peut ainsi envisager son refus d'hospitalisation comme une aspiration à demeurer dans un habitat collectif au sein duquel il est connu depuis longtemps, et apprécié, plutôt que d'aller dans une institution qui lui est étrangère.

Le dernier élément qui mérite d'être évoqué tient à la pratique professionnelle du médecin au cours de la scène décrite. Lors de la consultation, tous dans la pièce savons que Jacky ne va pas bien, mais seuls les professionnels de santé et surtout le médecin, sont susceptibles de diagnostiquer et de traiter Jacky. On peut penser, dans la continuité de ce que l'on a montré dans le précédent chapitre, que le médecin a adapté ses représentations et ses pratiques à une population n'ayant pas, peu ou tardivement recours aux soins. Autrement dit,

[124] En dépit du travail – associatif et bénévole – assuré par les Morts de la Rue, le constat réalisé par Daniel Terrolle en 2002 sur l'absence de données – quantitatives et qualitatives – sur la mort des « SDF » reste encore largement valable (Terrolle 2002). On s'accorde moins avec son hypothèse selon laquelle « *tout se passe comme si, au-delà des apparences et des discours, la mortalité sans nul doute excessive des SDF représentait à la fois une chose impossible à avouer mais également une solution tacitement et collectivement acceptable. […] Le mutisme sur ces morts permet ainsi de justifier la pérennité de tout l'ensemble du dispositif en place* », notamment le système d'urgence sociale. Gardella (2014a) a précisément montré que ce sont le froid et les morts de personnes sans-domicile qui ont amorcé la structuration de l'urgence sociale à partir du milieu des années 1980.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

son évaluation de l'état de santé de Jacky est déformée par les caractéristiques de la population qu'il soigne : si Jacky est dans un mauvais état, sa longue carrière de survie entre la rue et les institutions suggèrent qu'il en a « connu d'autres ». Sa dureté au mal, sa faible propension à se plaindre, son double refus d'hospitalisation, sont autant de caractéristiques de la culture somatique des franges les plus dominées de l'espace social (Boltanski 1971 ; Coulomb 2016 ; Loretti 2017) et rendent l'évaluation du degré d'urgence médicale d'autant plus complexe (Pichon 2001). De la même manière, lorsque Jacky quitte le cabinet, s'engage à revenir mais ne le fait pas, la situation n'est pas particulièrement anormale. Le recours effectif aux soins par les sans-domicile repose sur un travail d'accroche et de liaison sur le temps long, dans lequel les professionnels, de santé comme du social, jouent un rôle déterminant (Parizot 2003 ; Coulomb 2016). Dans cette situation, l'absence de professionnels autre que le médecin, lui-même occupé à consulter le dossier médical de Jacky, neutralise ce travail de liaison. Ainsi, s'il ne revient pas, c'est qu'il a finalement renoncé aux soins, pas qu'il s'est évanoui. Le fait que d'autres personnes attendent d'être soignées à sa suite limite la propension à s'inquiéter : les choses suivent leur cours. L'ensemble de ces éléments peuvent finalement être rapportés à la distinction entre normal et pathologique. On peut toutefois émettre une critique quant à la manière dont elle a été élaborée par Canguilhem (1966) : plutôt qu'une distinction universelle – et hors-sol – dont la figure du médecin se porte garante en toute circonstance, celle-ci nécessite d'être restituée et analysée empiriquement à travers les contextes, les ancrages et les usages sociaux qui la rendent opérationnelle.

Conclusion

L'hébergement joue un rôle absolument central dans le système de prise en charge, en premier lieu parce qu'il constitue la principale forme d'habitat à destination des personnes sans-domicile. La politique d'hébergement française se construit en référence plus ou moins constante à la politique du logement, à laquelle elle s'articule de plus en plus étroitement à partir des années 1980. La centralité de l'hébergement dans la prise en charge s'explique aussi parce qu'il fournit le cadre d'expression principal des mesures d'accompagnement social mises en œuvre afin de répondre sur le long terme à la question SDF : dans le dernier quart du XXe siècle, l'hébergement se double d'un travail de réinsertion des personnes qui en bénéficient. En analysant ce travail, on a pu mettre en lumière une double division de l'accompagnement, entre travail socioéducatif et travail socioadministratif d'une part, mis en œuvre selon des modalités différentes au sein des dispositifs de stabilisation d'une part, et d'insertion d'autre part. En dépit de ces modalités différentes de mise en œuvre, ce travail consiste à socialiser les personnes hébergées à l'autonomie, terme flou et recouvrant des réalités contrastées selon les

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

professionnels et les personnes qu'ils accompagnent, mais qui se résume pour l'essentiel en une capacité à vivre indépendamment des institutions d'action sociale, selon les canons de la société *normale*. C'est aussi dans cette optique que les comportements déviants des hébergés font l'objet d'un travail de contrôle et de régulation spécifique, dont la mise en œuvre par les travailleurs sociaux est faite de tâtonnements et d'ajustements réguliers afin d'harmoniser les pratiques en vigueur dans les hébergements. Finalement ce chapitre a permis de poursuivre la réflexion sur les liens entre travail d'accompagnement social et mesures d'accès et d'accompagnement aux soins et à la santé. Dans les dispositifs observés (LHSS, permanences médicales) les professionnels de disciplines et de statuts différents échangent des informations, adaptent leurs pratiques et leur vocabulaire afin d'assurer la complémentarité des soins et de l'accompagnement social des sans-domicile. Travailleurs sociaux et professionnels de santé sont amenés à ajuster leurs pratiques au contexte dans lequel elles se tiennent et au public auxquelles elles se destinent : des représentations communes se dessinent, les travailleurs sociaux apprenant à détecter des affections parmi les personnes qu'ils accompagnent, tandis que les professionnels de santé s'adaptent aux rythmes et aux règles propres des CHRS. Alors que ces derniers ont pu être considérés comme des survivances des institutions totales, l'enquête suggère que la socialisation institutionnelle à l'œuvre relève davantage d'une forme de conduite des conduites et d'inculcation, sur le long terme, de modes de vie valorisés dans la société intégrée. Les CHRS n'en restent pas moins des dispositifs originaux, en ce qu'ils forment des systèmes relativement fermés. À l'inverse, la veille sociale et sanitaire s'inscrit dans une dimension proactive d'« aller vers », que l'on propose d'étudier désormais.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 5. Écouter, veiller, « aller vers ». Travail social et raison humanitaire

Le dernier chapitre de cette partie porte sur le travail de plusieurs dispositifs étroitement articulés entre eux : il s'agit du 115, du Samu social et des maraudes sanitaires. Un autre dispositif, le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), leur est étroitement associé. Pris ensemble, ces dispositifs forment un tout cohérent assurant des missions de veille sociale, cette dernière visant à assurer une connaissance la plus détaillée possible de l'état de la demande et de l'offre des places d'hébergement sur un territoire donné, dans l'optique de garantir une prise en charge optimale des personnes sans-domicile. En dépit de cette participation commune à la veille sociale, il apparait heuristique de les traiter séparément et d'opérer une distinction entre ceux relevant de l'urgence sociale et sanitaire, d'une part, et le SIAO, d'autre part. Le 115 et les maraudes sanitaires se développent dans les années 1990 : ils s'inscrivent nettement dans la logique de l'urgence sociale et témoignent de l'influence de la raison humanitaire qui se déploie comme mode de gestion des populations précaires en France à partir des années 1980. Le SIAO répond davantage à une volonté de structuration, d'organisation et de régulation du système prise en charge. Par ailleurs, tandis que la méthode monographique a été plébiscitée pour l'étude des deux premiers dispositifs, le travail du SIAO a essentiellement été observé au cours de réunions avec des partenaires et de commissions d'attribution des places. Pour ces différentes raisons, ce cinquième chapitre est focalisé sur le travail des dispositifs d'urgence sociale et de veille sanitaire – 115 et Samu social, maraudes sanitaires –, pris dans une tension entre raison humanitaire et gestion bureaucratique de la pauvreté, tandis que le SIAO sera étudié dans la partie suivante, consacrée à la formation d'une culture professionnelle commune.

Dans ses travaux, Édouard Gardella a proposé une présentation exhaustive de la sociogenèse des dispositifs qui s'y rattachent et de la manière dont usagers et professionnels gèrent les temporalités propres à cette forme de prise en charge (Gardella 2014a, 2014c, 2016a, 2016b). Ses analyses mettent en lumière les représentations des acteurs investis dans ce travail et leur réception d'une action publique qui les place face à des injonctions contradictoires : elle réduit leurs marges de manœuvre et les contraint à opérer des choix complexes, comme refuser un hébergement à une personne qui le demande ou laisser une personne dans la rue parce qu'elle ne formule pas de demande d'aide (Gardella 2017). S'appuyant sur la philosophie pragmatique de John Dewey, Gardella et Cefaï montrent ainsi qu'une « *éthique du proche et de la compassion* » (Cefaï et Gardella 2011) guide les actions des travailleurs sociaux exposés aux sollicitations des personnes sans-domicile – ou à leur absence de sollicitations –, qui relèvent parfois de la supplique (Fassin 2000), rendant leurs interventions d'autant plus complexes. Ce

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travail a été discuté et critiqué par Patrick Bruneteaux, qui reproche à ces auteurs de ne pas voir, et même d'occulter, que le travail mis en œuvre par les dispositifs d'urgence sociale est un « *élément clé de la face acceptable d'un régime d'action qui, au fond, ne vise qu'à maintenir à flot le flux des récipiendaires en inversant les perceptions sociales de l'errance et des encadrants : d'un effet des violences macrosociales, les exclus deviennent uniquement les supports d'une humaine compassion, d'une "éthique du proche*[125]*"* » (Bruneteaux 2017, p. 159). Ce dernier inscrit son propre travail dans une perspective critique repositionnant les sans-domicile dans un espace de luttes matérielles et symboliques propres au régime capitaliste, où ces derniers sont une des facettes modernes du sous-prolétariat (Bruneteaux et Lanzarini 1999 ; Bruneteaux 2008). Dans cette optique, il souligne les effets de domination inhérents aux institutions de prise en charge des pauvres, qui cherchent davantage à discipliner les corps et les comportements déviants qu'à porter assistance à ces personnes (Bruneteaux 2006, 2007).

Le travail minutieux d'étude des interactions entre aidants et aidés, par Gardella et Cefaï, tendrait donc à masquer les effets de dépolitisation de la question sociale liés à l'influence de la raison humanitaire dans la professionnalisation du secteur ; à l'inverse, on peut reprocher à Bruneteaux de s'inscrire dans une critique radicale du travail social et médico-social en tant que leviers d'un contrôle social désormais moins disciplinaire que biopolitique (Foucault 1997, 2004a) : cette critique oublie les contraintes structurelles qui pèsent sur lui. S'il nous semble que Bruneteaux a raison de souligner que « *le sort fait aux sous-prolétaires des années 1980/2017 est un mixage complexe de "l'État social humanitaire" (aller vers) et de "l'État libéral individualiste" (laisser faire), au cœur de mécanismes globaux de marginalisation qui ne sont jamais discutés* » (Bruneteaux 2017, 161), on doit noter que ces mécanismes sont finalement davantage dénoncés qu'analysés dans ses écrits. Et qu'à l'inverse les analyses de Gardella sur le tournant réactif de l'État social, sur la création du Samu social comme incarnation d'un idéal urgentiste inspiré de l'humanitaire ou sur la fabrique récente de la politique de refondation contribuent davantage à la compréhension de tels mécanismes de domination. Prenant acte des apports propres de ces travaux, la perspective adoptée dans ce chapitre prolonge leur réflexion. Le 115 et le Samu social sont deux dispositifs très emblématiques et relativement connus du public[126] – bien mieux que les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO). À l'échelle du territoire étudié, ces dispositifs sont portés par

[125] Suite à la sortie de l'ouvrage de Daniel Cefaï et Édouard Gardella, une courte controverse est née avec la publication d'une lecture critique de Patrick Bruneteaux dans la Revue Française de Sciences Politiques (Bruneteaux 2012). Cefaï et Gardella ont répondu à cette critique (Cefaï et Gardella 2013). Si la controverse est terminée, les positions antagonistes demeurent.

[126] Des campagnes d'affichage ont longtemps contribué à faire connaitre l'existence du Samu social et du 115 pour inciter à y recourir : le rapport d'activités 2004 de l'association en charge de ces dispositifs précise par exemple qu'il « *semblerait que la campagne publicitaire sur le 115 ait renforcé l'ancrage de ce numéro auprès du public potentiellement en difficulté. Le 115 est repéré par le public, qui n'hésite plus à nous appeler directement* », *Rapport d'activités 2004,* p.17.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

un groupement d'associations gestionnaires de structures d'accueil et d'hébergement (voir plus bas, encadré 5.1). Dans le cadre d'une interview simulée avec un « écoutant 115 » et restituée dans un rapport d'activités, celui-ci décrit le 115 comme « *l'oreille du Samu social dont nous aimons dire qu'il constitue nos yeux* » *(Rapport d'activités 2014,* p. 3). Ils incarnent deux modes d'intervention propres à l'urgence sociale, à la fois très différents et très complémentaires dans le système de prise en charge des personnes sans-domicile, notamment dans leur confrontation avec la souffrance des personnes démunies et par le rôle spécifique que joue la distance physique dans cette confrontation. Ainsi le 115 constitue-t-il une forme de prise en charge en tension entre un traitement compassionnel de la situation des sans-domicile (Fassin 2006, 2010), et une gestion bureaucratique contribuant à maintenir et gérer la « souffrance à distance » (Boltanski 1993b) par le biais du téléphone (section 1). À l'inverse, les maraudes du Samu social, dispositif emblématique de l'urgence sociale, incarnent l'archétype de l'action humanitaire à destination des sans-domicile : elles reposent en effet sur l'idée d'une intervention proactive qui renverse un fondement du travail social selon lequel la demande doit venir de la personne bénéficiaire de la relation d'aide (section 2). Ce chapitre permet finalement d'étudier les liens entre *care* et *cure*, notions mobilisées par les travailleurs de l'urgence sociale au cours des observations. Veille sociale et veille sanitaire s'articulent étroitement dans cette optique, et s'inscrivent à l'interface des structures et des professionnels sanitaires spécialisés et de droit commun (section 3).

Encadré 5.1 : l'association gestionnaire du 115, du Samu social et du SIAO.

L'association gestionnaire du 115, du Samu social et du SIAO est un groupement d'associations qui ont en commun de travailler à la prise en charge des personnes sans-domicile et d'être implantées sur le territoire de la métropole lilloise, qui porte les dispositifs du 115, du Samu social et du SIAO. Un tel groupement permet à la fois l'échange d'informations, de pratiques et de connaissances professionnelles ayant trait à la situation des personnes sans-domicile ainsi que la prise de décision concertée et collégiale. Actuellement, 24 associations sont membres de la coordination et composent son conseil d'administration. Toutes sont porteuses de dispositifs d'accueil, d'hébergement, d'insertion ou d'accès au logement. On trouve aussi parmi elles des structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanies, mais pas de structures de soins psychiques ou physiques.

Le groupement a été fondé en 1996. En 1998, la loi de lutte contre les exclusions inscrit dans le droit la nécessité d'une veille sociale et de dispositifs pouvant assurer celle-ci : le 115 – qui existait déjà sous la forme d'un numéro « *vert* » – et les maraudes du Samu social. Au fur et à mesure de son existence, le groupement se structure autour d'évolutions à l'échelle nationale (loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, création des maisons-relais, loi relative au droit à l'hébergement opposable, création du SIAO…) ou locale (création d'outils informatiques, nouveaux agréments et nouvelles missions, élargissement de l'organisation).

En décembre 2016, le 115, le Samu social et le SIAO ont changé de locaux : d'abord situé dans une maison de maître de la banlieue lilloise devenue trop petite – depuis plusieurs années – par rapport au nombre de salariés, elle s'est vue attribuer des locaux au sein d'un Établissement public de santé mentale (EPSM), où se trouvent également les locaux d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) ainsi que le bureau de la coordinatrice d'un réseau de santé consacré à la prise en charge de la précarité (voir chapitre 7).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. L'écoute au 115, entre traitement compassionnel et gestion bureaucratique de la pauvreté

Le 115 est à la fois un dispositif technique – une solution téléphonique elle-même constituée de plusieurs lignes d'appel et d'écoute ; professionnel – plusieurs salariés de l'association ont pour missions de décrocher, répondre et entretenir une conversation codifiée avec les appelants ; et sociopolitique – il joue un rôle central dans l'accès des personnes sans-domicile à l'hébergement d'urgence. Les « écoutants 115 » tels qu'ils se nomment et sont nommés par l'ensemble des acteurs du système de prise en charge, sont immobiles, en contact indirect avec les personnes sans-abri[127] et enchainent de très nombreux appels tout au long de leur temps de travail. La quantité d'appels et d'informations traitées nécessite une organisation spécifique, caractérisée par une faible division du travail et par la centralité du dispositif technique et informatique (I). À l'aide de ces outils, les écoutants doivent traiter ces demandes dans un contexte de pénurie et réaliser des arbitrages pour distribuer les places d'hébergement (II). Dès lors, la solution téléphonique contribue à la fois à donner un caractère bureaucratique au 115 et à gérer à distance la souffrance des appelants (III).

I. Les missions et l'organisation du 115

Les dispositifs d'urgence sociale ont été créés au cours des années 1990, et doivent beaucoup aux médecins de Nanterre, notamment à l'investissement personnel de Xavier Emmanuelli (Gardella 2014a). En 1993 sont lancées les premières maraudes à Paris et, en 1995, un numéro vert « *Accueil Sans-abri* » est créé, proposant une écoute téléphonique aux personnes aux personnes qui y ont recours. En 1997, ce numéro devient un numéro d'urgence sociale, le « 115 », par analogie avec le « 15 », numéro de l'urgence médicale. Le 115 désigne ainsi le numéro de téléphone gratuit par lequel toute personne peut recourir aux dispositifs d'urgence sociale ou signaler la présence d'une personne sans-abri à un endroit et un moment donné. En cela, il constitue un premier dispositif de veille sociale, cette dernière ayant pour principal objectif de recenser l'ensemble des demandes et des places d'hébergement sur un territoire donné, de façon continue. Ce premier point vise à exposer formellement les principales caractéristiques de ce dispositif tel qu'il se déploie sur le territoire étudié, en étudiant

[127] En accord avec les précisions relatives aux usages des termes mobilisables pour désigner les phénomènes de pauvreté et d'absence de domicile, on utilisera principalement le terme sans-abri dans ce chapitre, afin de renvoyer aux situations de rue gérées par les écoutants 115 et les maraudeurs dans le cadre de leur travail, l'immense majorité des personnes qu'ils accompagnent n'ayant pas de place d'hébergement pérenne.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

à partir des statistiques disponibles le profil des personnes qui y ont recours (1), puis en décrivant l'organisation du travail qui y prévaut (2).

1. Qui a recours au 115 ?

En 2017, le 115 de l'arrondissement lillois a enregistré 135 382 demandes, correspondant à 10 974 personnes différentes, soit 7 498 ménages[128]. Le 115 est un dispositif saturé : tel est le premier constat qui s'impose à l'issue d'observations réalisées dans ce dispositif et au regard des chiffres qui synthétisent son activité. Cette saturation se traduit à la fois par la mise en attente des personnes qui ont recours au 115, ainsi que par le manque de place d'hébergement que sont chargés d'allouer les écoutants. Au-delà de ce constat implacable, on peut apporter diverses précisions relatives au profil des personnes qui y ont recours. Lorsqu'une personne ou un ménage à la rue contacte le 115, les écoutants recueillent des informations sur leur situation et, dans la mesure où cela est possible, leur allouent des places, dont la majorité se trouve en centre d'hébergement d'urgence (Le Méner 2011 ; Cefaï et Gardella 2011) et plus marginalement en stabilisation. En 2017, le 115 de l'arrondissement de Lille gère ainsi 472 places portées par 15 structures d'accueil différentes, sur un total de 3 615 places[129]. On le montre plus loin : l'essentiel du travail des écoutants consiste à gérer la tension émotionnelle et sociale liée à l'impossibilité matérielle d'orienter des demandeurs vers les hébergements. À l'origine, le 115 n'a pas été pensé uniquement pour être composé par les personnes sans-abri elles-mêmes, mais aussi pour que des passants puissent signaler une situation de détresse dans la rue, ici encore sur le modèle de l'urgence sociale (Chave 2010). Lorsqu'un particulier réalise ce type de signalement, les écoutants demandent des informations sur le lieu de présence de la personne signalée : à quoi ressemble la personne sans-domicile ? Dans quel état général est-elle ? Que fait-elle ? A-t-elle demandé de l'aide pour avoir recours au 115 ou s'agit-il d'une initiative de la personne qui signale ? Le cas échéant, pourquoi réalise-t-elle ce signalement ? La personne signalée ne relèverait-elle pas de l'urgence médicale (le 15 ou le 18) plutôt que sociale (le 115) ? Les informations recueillies sont ensuite transmises aux maraudeurs, qui se rendent auprès de la personne dans un délai plus ou moins court en fonction des tâches qu'ils ont à réaliser par ailleurs.

Néanmoins, ce type de situation reste très minoritaire. Si des signalements par des particuliers ont effectivement lieu, les observations réalisées auprès des écoutants suggèrent que la très grande majorité des appels sont passés par les sans-abri eux-mêmes. Au cours des

[128] *Rapport d'activités 2017*, pp. 2-4. Depuis 2010, le 115 a adopté une nouvelle modalité de quantification de son activité, liée au changement d'outil informatique : alors que les « appels » étaient décomptés, les « demandes » sont désormais recensées. L'appel d'un ménage de plusieurs personnes correspond ainsi à plusieurs demandes.

[129] *Rapport d'activités 2017*, p. 38. On détaille davantage l'état du parc d'hébergement dans le prochain chapitre.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

matinées des 18, 25 et 29 juillet 2016 entre 9 heures et 11 heures environ, les écoutants auprès desquels j'étais affecté ont répondu à 33, 32, et 31 appels. Sur tous ces appels (96 au total), aucun n'a été un signalement par un particulier ; l'immense majorité (90) venait de personnes elles-mêmes, en demande d'assistance ; 6 appels étaient le fait de structures partenaires ou d'institutions (hôpital, centre social…) sollicitant des informations sur une personne ou une procédure liée au 115. Les données disponibles dans les rapports d'activité de l'association porteuse du 115 confirment ces impressions (tableau 5.1).

Tableau 5.1 : les demandes adressées au 115 : signalements et demandes d'hébergement (2002-2009).

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Demandes enregistrées	57 600	66 323	71 112	45 551	49 811	53 240	47 445	54 644
Signalements de particuliers	1 728	1 993	2 170	445	484	502	424	511
Part des signalements	3,00 %	3,00 %	3,05 %	0,98 %	0,97 %	0,94 %	0,89 %	0,94 %
Demandes d'hébergement	38 773	39 794	42 210	32 390	36 719	38 982	35 508	41 212
Part des demandes d'hébergement	67,31 %	60,00 %	59,36 %	71,11 %	73,72 %	73,22 %	74,84 %	75,42 %

Source : rapports d'activité de 2002 à 2009 (chiffres compilés à partir des rapports).

Le choix de la période retenue ici (2002-2009) s'explique par plusieurs raisons : les chiffres ne sont pas disponibles avant 2002 ; ensuite, un changement de solution informatique est opéré en 2010 et modifie la manière de comptabiliser les demandes : alors qu'un appel équivalait à une demande jusqu'en 2010, le nouveau logiciel impose aux écoutants de détailler la composition du ménage, de sorte qu'un appel peut représenter plusieurs personnes, donc plusieurs demandes, ce qui rend la comparaison caduque ; finalement, l'évocation des signalements cesse d'être évoquée dans le cadre des données de l'activité du 115 : elle l'est désormais dans celles qui se rapportent aux maraudes. Alors qu'ils représentaient une partie congrue, puis infime, des recours au 115, les signalements constituent entre 6 et 10 % de l'activité des maraudes après 2010. On mobilisera plus loin les chiffres relatifs à cette période. Le tableau permet toutefois d'avancer plusieurs résultats. Une baisse brutale du nombre d'appels est observable entre 2004 et 2005, mais non analysée dans les rapports d'activité, ce qui rend son interprétation complexe. Cette baisse peut être liée à des facteurs structurels : évolution du nombre de personnes privées de logement, création de places permettant de répondre à la demande… ; ou conjoncturels : changement du mode de comptabilisation des

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

demandes, diminution du nombre d'appels répondus. Ces facteurs paraissent plus plausibles, mais quoi qu'il en soit, les signalements par des particuliers sont très minoritaires (moins de 3 % des demandes enregistrées entre 2002 et 2004) et représentent moins d'1 % des saisies à partir de 2005. Au cours d'échanges informels, écoutants du 115 et maraudeurs ont évoqué une tendance à la banalisation de la pauvreté : l'inscription de la question SDF dans l'espace public tendrait à normaliser cette présence et à en euphémiser la dimension choquante ou préoccupante, à l'origine des signalements (Chave 2013). En conséquence, les particuliers appelleraient moins le 115. La rupture de série observable entre 2004 et 2005 tend néanmoins à réfuter cette hypothèse. Étant donnée la stabilité du taux de signalements avant et après cette date, on peut plutôt penser à une modification de leur mode de comptabilisation. Les demandes d'hébergement représentent quant à elles entre 60 % et 75 % des appels, ce qui traduit bien la fonction de porte d'accès au système d'hébergement qu'est supposé remplir le 115. Les autres saisies concernent des demandes d'informations, d'aide alimentaire, de contact avec l'équipe mobile et d'écoute, mais aussi de soins : en 2017, l'ensemble de ces motifs représentaient 17 % des appels, contre 8 % pour les demandes de logement, et 75 % pour les demandes d'hébergement. Le 115 est donc majoritairement utilisé par les personnes sans-abri elles-mêmes, afin d'obtenir un hébergement. Ces éléments peuvent être précisés en détaillant la composition des ménages qui ont recours au 115 (tableau 5.2).

Tableau 5.2 : la composition des ménages qui ont recours au 115 (2012-2017)

Année	**2012**		**2013**		**2014**		**2015**		**2016**		**2017**	
Ménages, dont	6567	*100%*	7705	*100%*	8260	*100 %*	7587	*100 %*	7438	*100 %*	7498	*100 %*
Hommes seuls	3697	*56,3%*	4205	*54,6%*	4381	*53,0%*	4410	*58,1%*	4316	*58,0%*	4376	*58,4%*
Femmes seules	1036	*15,8%*	1240	*16,1%*	1325	*16,0%*	1180	*15,6%*	1186	*15,9%*	1171	*15,6%*
Hommes avec enfants	36	*0,5%*	56	*0,7%*	69	*0,8%*	?	*n/a*	58	*0,8%*	54	*0,7%*
Femmes avec enfants	641	*9,8%*	798	*10,4%*	979	*11,9%*	?	*n/a*	791	*10,6%*	745	*9,9%*
Couples sans enfants	340	*5,2%*	395	*5,1%*	419	*5,1 %*	?	*n/a*	310	*4,2 %*	322	*4,3%*
Couples avec enfants	752	*11,5%*	940	*12,2%*	1030	*12,5%*	?	*n/a*	692	*9,3%*	705	*9,4%*
Groupes d'adultes sans enfants	26	*0,4%*	23	*0,3%*	19	*0,2 %*	?	*n/a*	34	*0,5 %*	24	*0,3%*
Groupes d'adultes avec enfants	14	*0,2%*	24	*0,3%*	22	*0,3 %*	?	*n/a*	20	*0,3 %*	18	*0,2 %*
Mineurs étrangers isolés	25	*0,4%*	24	*0,3%*	21	*0,3 %*	?	*n/a*	31	*0,4 %*	83	*1,1 %*

Source : rapports d'activité de 2012 à 2017 (chiffres compilés à partir des rapports).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le nombre de ménages qui ont recours au 115 apparait relativement stable : après une hausse marquée jusqu'en 2014, on observe une légère baisse et une stabilisation autour de 7 500 ménages ayant chaque année recours au dispositif sur le territoire. Autre élément remarquable : la proportion des publics ayant effectivement recours au dispositif apparait, elle aussi, particulièrement stable sur cette période. Si les hommes seuls, représentent encore une majorité assez nette des appelants (entre 53 et 58,4 %), les femmes, seules ou avec enfants, incarnent une frange désormais bien identifiée et ancrée dans la rue, puisqu'elles représentent environ un quart des personnes ayant recours au 115 (entre 25,5 et 27,9 %). Significativement, la part des ménages composés d'au moins un mineur représente plus de 20 % des effectifs sur toute la période considérée : cela témoigne de l'exposition des enfants aux situations de pauvreté, en dépit de l'existence de dispositifs et d'institutions supposés les protéger. Plus généralement, si les personnes isolées, hommes et femmes sans enfants, représentent plus des deux tiers de la population sans-domicile, les catégories retenues par les écoutants 115 et, plus largement, par l'ensemble des professionnels du secteur, suggèrent des situations de précarité et de pauvreté collectives, non réductibles à l'isolement d'un individu au sein d'un groupe donné. Du fait de leur stabilité, ces données ne permettent pas de conclure à une évolution récente du profil des personnes en rue ou, en tous cas, de celles ayant recours au 115. Le renouvellement des figures de la question SDF parait ainsi s'être opéré majoritairement au cours des années 2000, si ce n'est avant (Marpsat et Firdion 1998 ; Brousse et al. 2006 ; Brousse, Firdion, et Marpsat 2008). Néanmoins elles permettent de constater la durabilité du processus de diversification des figures de pauvreté, qui s'impose aux travailleurs du 115 comme à l'ensemble des travailleurs sociaux du secteur. Autre élément qui mérite d'être évoqué : l'origine géographique des personnes qui ont recours au 115 (tableau 5.3).

Tableau 5.3 : l'origine géographique (nationalité) des usagers du 115 (en nombre de ménages et en pourcentage, de 2012-2017)

Année	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
France	3205	48,8%	3657	47,5%	3974	48,1%	3414	45%	3103	41,7%	2807	37,4%
UE	803	12,2%	841	10,9%	939	11,4%	683	9%	590	7,9%	612	8,2%
Hors UE	2109	32,1%	2823	36,6%	2973	36,0%	2883	38%	3069	41,3%	3396	45,3%
Apatride	2	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	?	?	4	0,1%	6	0,1%
Non renseigné	448	6,8%	381	4,9%	371	4,5%	607	8%	672	9,0%	677	9,0%
Total	6567	100%	7705	100%	8260	100%	7587	100%	7438	100%	7498	100%

Source : rapports d'activité de 2012 à 2017 (chiffres compilés à partir des rapports).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Deux grandes tendances peuvent être soulignées. En premier lieu, on observe la baisse progressive de la part d'usagers français et ressortissants de l'Union européenne : presque majoritaires en 2012, les ménages français ne représentent plus que 37,4 % des usagers en 2017, soit un gros tiers d'entre eux. La baisse du nombre de ressortissants européens est moins marquée. À l'inverse, la proportion d'usagers hors UE a nettement augmenté, passant de 32,1 % à 45,3 %. Les rapports d'activité soulignent cette forte hausse du nombre d'étrangers et le dépassement symbolique du seuil de 50 % des usagers, intervenu en 2017 si l'on additionne les ménages issus de l'Union européenne et les non-ressortissants. Il convient néanmoins de nuancer ce constat : en réalité, les ressortissants de l'UE ont des droits et un accès au système d'hébergement plus proches de ceux des Français que des non-Européens. Leur accès au marché du travail et aux aides sociales les rend plus souvent solvables que les non-ressortissants. Autre élément qui mérite d'être souligné : alors que les Français sont plutôt des « *personnes isolées* », dans le jargon professionnel de la prise en charge, les étrangers, *a fortiori* non-ressortissants de l'UE, sont plutôt des familles. Ces divers éléments de présentation des usagers du 115 de l'arrondissement lillois font directement écho aux enquêtes de l'Insee et aux constats rapportés par plusieurs études : la population sans-abri s'est très fortement diversifiée au cours des vingt dernières années (Brousse 2005 ; Yaouancq et al. 2013 ; Pichon et al. 2016). Elle s'est notamment féminisée et est désormais composée d'entités collectives, c'est-à-dire de familles, de groupes, de couples dont la précarité, parfois liée à un statut administratif d'étranger, empêche la réaffiliation à la société intégrée. Ces données de cadrage présentées, on peut entrer dans l'analyse de l'organisation du travail qui prévaut au 115.

2. L'organisation du travail au 115

L'ensemble des informations rapportées est collecté par les dispositifs de veille sociale, et par le 115 en premier lieu. Au moment de l'enquête, la gestion des appels repose sur une équipe de sept salarié-e-s à temps plein, trois hommes et quatre femmes. Tous sont moniteurs-éducateurs, parfois titulaires d'un diplôme d'éducation spécialisée. Ils sont supervisés par un cadre éducatif, Sylvain, qui supervise également les maraudes du Samu social. Initialement titulaire d'un diplôme d'éducateur spécialisé, il a réalisé presque toute sa carrière dans les dispositifs de la veille sociale, d'abord en tant qu'écoutant 115, puis en tant que maraudeur, avant d'être nommé à la tête de ces dispositifs. Dans ce cadre, il a été amené à passer un Diplôme d'État d'ingénierie sociale (DEIS) à partir de 2015, à la demande de l'État, principal financeur de la veille sociale. Pendant la période hivernale, deux personnes sont embauchées en renfort sur des fonds supplémentaires alloués par la DDCS, dans le cadre du déploiement du dispositif de veille saisonnière. De fait, on observe une variabilité saisonnière de la fréquence des appels. En 2015 par exemple, le 115 de l'arrondissement lillois a reçu 429 demandes par

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

jour en moyenne (156 607 sur l'année[130]), avec des pics d'activité lors des mois de janvier (465), février (481) et mars (494), puis novembre (511) et décembre (452). Cette suractivité liée au froid s'observe tous les ans et confirme des résultats déjà observés sur la saisonnalité de la question SDF (Damon 2002b; Gardella 2014a).

À première vue, la division du travail au 115 est peu variée. Tous les salariés sont chargés de réaliser les mêmes tâches, qu'on détaillera plus loin : décrocher, écouter l'appelant, enregistrer des informations, répondre aux sollicitations lorsque cela est possible, transférer des informations aux partenaires, raccrocher. Trois ensembles de tâches s'éloignent néanmoins de ce référentiel. D'abord, chaque écoutant est détaché à tour de rôle et pour une semaine entière à la « *ligne arrière* ». Celle-ci désigne le travail de gestion des nouvelles inscriptions dans le logiciel de traitement des informations : soit que ces inscriptions aient lieu en direct au téléphone, auquel cas l'appel lui est transféré ; soit qu'une inscription ait été entamée dans le cadre d'un accueil de jour sous la forme d'un dossier papier envoyé au 115 et au SIAO. Les informations présentes dans ce dossier sont nombreuses et doivent permettre aux travailleurs sociaux d'avoir une idée précise de la situation des personnes qu'ils accompagnent, afin d'ajuster cet accompagnement (voir annexe 5.1). Dans le cadre de la veille sociale, ces éléments doivent permettre de proposer des solutions d'hébergement adaptées au profil et aux besoins des demandeurs, ainsi qu'au degré d'autonomie identifiée par les professionnels. La seconde tâche qui varie par rapport au travail d'écoute correspond à la « *coordination des évaluations sociales* ». Ici encore, cette mission est assurée à tour de rôle par les écoutants du 115, et consiste en une mise à jour des informations relatives aux ménages placés en haut de la file d'attente, donc sur le point d'obtenir un hébergement. Cette mise à jour s'opère en lien avec les accueils de jour, les maraudes et le SIAO, et vise à « *optimiser les orientations* », dans l'optique d'un appariement des profils de demandeurs et de places (Montalban Aroca 2015 ; Schlegel 2017). C'est également la ligne arrière qui doit assurer la coordination avec les partenaires identifiés dans le dossier d'inscription, afin d'intégrer dans le logiciel le maximum d'informations disponibles sur la situation de la personne. La création de ces deux ensembles de tâches rattachées à un même poste en 2013 témoigne d'une volonté d'homogénéisation des pratiques des acteurs de la veille sociale. Par ailleurs, s'ils constituent une période de repos émotionnel eu égard aux interactions téléphoniques des écoutants 115, ces postes incarnent bien le processus de bureaucratisation du travail social et de gestion de la pauvreté : il s'agit d'intégrer des informations relativement abstraites, à propos de personnes inconnues, et qui ont été obtenues par les professionnels d'autres dispositifs. Cette bureaucratisation est néanmoins synonyme ici de professionnalisation, l'objectif étant de développer et de stabiliser des pratiques communes aux acteurs de la prise en charge. Enfin, en 2015 a été créé le « *projet*

[130] *Rapport d'activités* 2015, p. 48.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

SPIP », qui consiste à assurer une liaison entre le 115 et les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) de plusieurs prisons situées dans la métropole, dans l'optique de prévenir les situations d'absence de logement ou d'hébergement faisant suite à une sortie d'incarcération (de Larminat 2014). Toutes les deux semaines et à tour de rôle, un écoutant 115 se rend dans la prison pour rencontrer des détenus, réaliser des évaluations sociales et coordonner avec les travailleurs sociaux du SPIP la sortie d'incarcération[131].

Si ces tâches contribuent à varier le travail des écoutants, elles restent largement subsidiaires par rapport à leur activité principale, qui est l'entretien téléphonique. Des variations marquées s'observent dans la fréquence des appels au cours de la journée, sur lesquelles se calque la gestion du temps de travail salarié. Tous les jours, entre un et quatre écoutants sont présents simultanément dans la salle de réception des appels. Entre 7h30 et 9h, puis entre 19h et 23h30, un seul salarié est présent, le nombre d'appels étant alors relativement limité. À partir de 9h, parfois un peu plus tôt, les appels se multiplient. Un ou deux salariés supplémentaires commencent alors leur journée de travail et viennent suppléer leur collègue. La plupart des appels reçus sur cette plage horaire proviennent de personnes qui ont terminé leur séjour d'hébergement et contactent le 115 afin de tenter d'obtenir une place pour la ou les nuit(s) à venir. On observe ensuite un ralentissement de l'activité en milieu de journée, avant un nouveau pic d'appels entre 14/15h et 18/19h. Ces appels proviennent principalement de personnes qui tentent leur chance tardivement pour obtenir une place, ou à qui il a été demandé de rappeler pour savoir si une place s'est libérée. Tout au long de la journée, des partenaires sollicitent ou transfèrent des informations sur un dispositif ou un demandeur. Les écoutants peuvent également être amenés à passer eux-mêmes des appels, par lesquels ils assurent la diffusion d'informations ayant trait au système de prise en charge (nombre de places disponibles, informations relatives à un demandeur, etc.). Au cours de ces périodes de forte activité, deux ou trois écoutants, quatre en période de veille saisonnière, se répartissent les appels. Le soir, lorsque l'activité diminue, les écoutants assurent principalement une liaison avec les maraudeurs. Ils assurent également un travail relationnel auprès de personnes se préparant à passer la nuit à la rue, la probabilité qu'une place d'hébergement se libère étant alors quasiment nulle.

Le 115 est théoriquement *tout le temps* accessible, chaque jour de l'année et de la semaine, à tout moment du jour et de la nuit. Néanmoins, sur l'arrondissement lillois, la plage

[131] Le rapport d'activités 2016 apporte des éléments relatifs à ce « projet SPIP » : « *en 2016, le 115 a réalisé 13 permanences, rencontrant 43 personnes supposées en besoin de logement/hébergement pour leur sortie d'incarcération. Le taux de présence aux rendez-vous est meilleur qu'en 2015. Il passe de 63 % à 75 % (43 personnes rencontrées sur les 57 entretiens programmés). 40 % des personnes étaient déjà connues lors de l'entretien (proportion en large baisse comparativement à 2015 : 62 %), 53 % ne l'étaient pas et 7 % ont finalement indiqué ne pas souhaiter instruire une demande* », *Rapport d'activités* 2016, p. 8. Ces derniers chiffres témoignent bien du continuum à l'œuvre dans les institutions du contrôle social (Bodin 2012; de Larminat 2014).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

horaire d'accessibilité réelle au 115 s'étend entre 7h30 et 23h30 : en dehors de ces horaires et afin d'aménager l'obligation légale d'accessibilité permanente, les lignes d'appel sont transférées vers deux associations partenaires, qui néanmoins ne disposent pas de maraudes et ne peuvent réaliser le même travail. Celui-ci est alors réalisé par des veilleurs de nuit chargés d'assurer la sécurité dans leurs structures, qui ne sont pas ou rarement formés au travail éducatif et d'écoute. Ils assurent surtout le recueil d'informations qui seront transmises et traitées le lendemain par les travailleurs du 115. Certains salariés anciens expliquent qu'il y a quelques années, la fin de journée pouvait être beaucoup plus tardive et était directement liée à l'arrêt effectif des appels plutôt qu'à un horaire nettement identifié. Cette organisation posait problème du point de vue de la gestion du temps de travail des salariés, ce à quoi a mis fin le bornage temporel précis de la journée de travail. Celui-ci a également résulté du constat d'un faible nombre d'appels après 23 heures, et de la probabilité minime de pouvoir proposer un hébergement à ce moment de la journée.

II. Écouter, enregistrer, distribuer : le 115 entre compassion et rationalisation

L'évocation de l'organisation du travail des écoutants 115 et des statistiques relatives aux nombres d'appels et de personnes qui y ont recours permet de souligner l'ampleur des données à traiter. Que font les écoutants dans ce contexte ? Comment gèrent-ils cette saturation et la pénurie des places qui en ressort ? L'observation des situations de travail a permis d'apporter des éléments de réponse à cette question, notamment en soulignant la centralité des outils qui fournissent le support du travail des écoutants (1). Elle a également permis de dévoiler les tensions qui se font jour entre les représentations des écoutants, qui tendent à présenter l'attribution des places d'hébergement dont ils sont responsables comme le fruit du hasard, et l'existence de critères qui président à leur allocation en hiérarchisant implicitement les demandes (2). Les analyses rapportées ici sont largement congruentes avec celles proposées par Erwan Le Méner (2011). La proximité des observations rapportées suggère ainsi une faible spécificité territoriale, dans la situation parisienne comme dans la situation lilloise, en dépit de différences relatives à l'ampleur des informations à traiter – au moment où il enquête, Le Méner identifie ainsi en moyenne 18 écoutants simultanément présents dans le dispositif, soit cinq fois plus que dans le cas lillois – ou aux modes de fonctionnement du système de prise en charge[132].

[132] L'une des différences principales tient au recours systématique, dans le contexte parisien, aux chambres d'hôtel, destinées à mettre à l'abri les familles et notamment celles avec de jeunes enfants (Le Méner 2013). Dans le contexte lillois, cette pratique est devenue très marginale.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. Le dispositif technique du support de travail : la centralité du logiciel

Dans la salle de réception des appels où travaillent les écoutants 115, un écriteau requiert le silence en rappelant le nombre de décibels auxquels sont exposés toute la journée les écoutants et, implicitement, la pénibilité du travail qu'ils effectuent. Il n'y a néanmoins jamais de sonnerie de téléphone, les appels étant signalés par un court signal sonore. Avant le déménagement de l'association en septembre 2016, trois postes de travail organisés en demi-cercle formaient la salle d'appels. Un quatrième poste plus en retrait était dédié à la ligne arrière. Le déménagement, qui répondait essentiellement à un impératif d'espace, a permis l'installation de deux postes d'écoute supplémentaires, tandis que la ligne arrière se trouve désormais dans une petite pièce adjacente : le 115 a été le premier dispositif installé dans les nouveaux locaux, afin d'assurer sa quasi-continuité. Les postes de travail sont composés d'un ordinateur, d'un téléphone pouvant réceptionner plusieurs appels mis en attente, et d'un casque équipé d'un micro permettant à l'écoutant d'avoir les deux mains libres pour enregistrer les informations qui lui sont transmises. Cet enregistrement s'opère sur l'outil central des écoutants, au-delà du dispositif téléphonique : Kheops. Il s'agit d'un « progiciel », soit d'un outil informatique de recueil et de gestion de données propre au système de prise en charge local, permettant le traitement d'informations qui peuvent être théoriquement mises à jour à tout moment (Nonjon et Marrel 2015a). Ce type d'outil, s'il est issu du secteur privé, s'est largement diffusé dans l'ensemble des organisations publiques et parapubliques (Nonjon et Marrel 2015b). Kheops a été installé en 2010 et a remplacé une précédente solution informatique, jugée moins précise. Chaque écoutant 115 possède un identifiant individuel permettant de s'y connecter, première tâche réalisée chaque jour. Le logiciel joue un rôle central dans le quotidien des travailleurs du 115 : il est l'outil qui permet d'assurer la veille sociale, en assurant une connaissance précise, quantitative et qualitative, de l'état du parc d'hébergement – offre et demande –, à tout moment (encadré 5.2).

Encadré 5.2 : notes de terrain, première matinée au 115. L'usage de Kheops.

27 février 2015, matinée.

Je retrouve Redouane à 8h. Il a commencé sa journée une demi-heure plus tôt et me dit avoir eu peu d'appels jusqu'ici. Il prend le temps d'installer la « *double écoute* » pour me permettre d'entendre l'intégralité des échanges avec les personnes qui composent le 115. Une fois le combiné branché, il m'explique en quoi va consister la matinée : des personnes ayant passé la nuit dehors ou, plus rarement, à l'abri, vont appeler pour tenter d'obtenir une place d'hébergement pour la nuit à venir.

Sur son écran, une interface : je reconnais des noms d'associations et de dispositifs d'hébergement, suivis de chiffres. Il explique qu'ils correspondent à des places d'hébergement, mais que lui et ses collègues du 115 ne regardent que les dispositifs d'urgence, ceux dont les places sont attribuées par le 115 : les places d'insertion et de stabilisation sont gérées par le SIAO. Pour chaque dispositif, on voit la capacité totale d'hébergement et le nombre de places disponibles. Ce jour, il n'y a aucune place en urgence disponible. Redouane m'explique qu'il est encore tôt, et qu'il y a une petite possibilité d'obtenir une ou deux places

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en cours de matinée, une fois que les structures d'hébergement auront mis à jour leurs effectifs, soit sur Kheops, soit en transmettant l'information aux écoutants 115. Et peu de temps après, Mélanie annonce effectivement qu'il y a finalement une place libre à Halluin. Le CHRS vient de l'appeler, il s'agit d'une place pour un homme seul.

Nous commençons l'écoute. La plupart des discussions sont très sommaires et se ressemblent. Les appelants cherchent au mieux à obtenir une place d'hébergement, au pire à faire enregistrer leur demande dans le logiciel ; de son côté, l'écoutant cherche à identifier la personne qui appelle afin d'avoir accès aux informations qui la concernent :

Redouane : Redouane au 115 bonjour, votre nom s'il vous plait.

Mme X : Stoc….

Redouane recherche le nom de la personne sur Kheops. De nombreux résultats apparaissent. Il a un doute sur l'identité de l'appelant, plusieurs personnes peuvent correspondre.

Redouane : votre date de naissance s'il vous plait ?

Mme Stoc…. : C'est le 28 décembre 1985.

Redouane supprime le nom et entre la date de naissance. Le nombre de résultats est plus restreint, et il retrouve facilement le nom de la personne parmi celles nées à cette date. Il vérifie avec le prénom :

Redouane : A. ? [Il dit le prénom de la dame].

Mme A. Stoc…. : oui.

Il clique sur le nom, et a désormais accès à l'intégralité des informations sur cette personne : date du premier recours au 115, fréquence d'appels, parcours d'hébergement, statut marital, passif judiciaire, problèmes de santé… Il surligne deux items : la fréquence des appels et la date du premier appel. Puis il enchaine :

Redouane : désolé Madame, il n'y a pas de places aujourd'hui, il faut rappeler demain.

Mme A. Stoc…. : d'accord, au revoir.

Redouane : au revoir Madame. *Il raccroche.*

Je ne comprends pas tout ce qui s'est passé. Redouane savait avant de consulter le dossier de la personne qui a appelé qu'il n'y avait pas de place disponible pour les femmes isolées. Pourtant il a attendu avant d'en informer la personne. Je prévois d'interroger Redouane sur ce point plus tard. Les appels continuent. À chaque fois, Redouane interagit avec le logiciel pour mettre à jour les informations : le plus souvent, il s'agit de vérifier les informations déjà disponibles, ou de noter un rendez-vous administratif ou médical. Systématiquement, Redouane note que la personne a effectivement appelé ce jour. En regardant l'écran, je peux connaitre la composition familiale des ménages qui appellent : 1 femme seule (FS) ; 1 couple avec 1 enfant (C1E) ; 1 C2E ; 1 homme seul (HS). 1 C3E ; 1 femme avec 4 enfants (F4E) ; 1 FS, fin de séjour dans 3 nuits, forte inquiétude ; 1 HS ; 1 FS ; 1 F4E…

Les échanges téléphoniques se déroulent sur le modèle de celui décrit. La plupart des personnes ne protestent pas lorsque Redouane explique qu'il n'y a pas de place (alors qu'il y en a une). Il précise systématiquement qu'il faut continuer d'appeler. En guise d'encouragements, il précise qu'il note l'appel dans le logiciel. Certains remercient Redouane. D'autres, plus rares, s'énervent. Après une heure d'écoute, je suis sidéré : Redouane a méticuleusement mis à jour les dossiers des ménages, mais n'a jamais proposé de place d'hébergement aux personnes dont le profil semblait pourtant correspondre (être un homme seul).

Chaque appel, qu'il fasse l'objet d'une réponse positive ou négative, doit être enregistré comme un « acte » dans le logiciel. Cela permet, d'une part, de mesurer l'activité considérable du dispositif (Pillon 2015) et, d'autre part, de mettre à jour les dossiers des personnes qui sollicitent le 115. Kheops est ainsi le principal support de travail des écoutants du 115 : ils sont en contact quasi permanent avec celui-ci, y compris en dehors de leurs temps d'échange

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

téléphoniques, pour corriger des données saisies trop rapidement ou pour vérifier une information. Pourtant, si les logiciels visent formellement à assister les professionnels dans leurs échanges avec les usagers en simplifiant voire en automatisant la réalisation d'un certain nombre de tâches (Pillon 2016), ils restent des outils de travail, qui doivent par conséquent être appropriés par les travailleurs qui les utilisent, ces derniers étant susceptibles d'en faire des usages variés. Dans le cas des écoutants, le recours constant à Kheops et la rapidité avec laquelle ils le manipulent soulignent leur familiarité avec lui, y compris pour les professionnels arrivés le plus récemment dans le dispositif qui apprennent très rapidement à s'en servir. Seul Romain, présent depuis près de 20 ans au 115, parait avoir développé des usages plus précis du logiciel. C'est lui qui est en charge des opérations les plus techniques, en particulier les extractions de données réalisées dans l'optique de mesurer l'activité des écoutants et, plus largement, d'évaluer l'état de l'offre et de la demande de places d'hébergement. Kheops n'est pas utilisé uniquement par les écoutants 115. Il est mis à disposition des différents dispositifs du système de prise en charge (accueil de jour, CHRS, maraudes), les travailleurs sociaux étant invités à mettre à jour les informations relatives aux personnes qu'ils accompagnent. Les nombreux échanges entre professionnels du secteur, écrits via des emails ou oraux via des temps de formation, visant à expliciter les modalités d'usage du logiciel ainsi que les limites quant aux informations pouvant ou non y figurer, suggèrent néanmoins qu'au-delà des écoutants du 115, des maraudeurs du Samu social et des salarié-e-s du SIAO, Kheops fait l'objet d'usages plus divers. Les inégalités socioéconomiques reproduites par le processus de dématérialisation de l'action publique s'observent également dans les pratiques des professionnels qui sont supposés s'appuyer sur ce processus. Elles peuvent être redoublées par le fait qu'au sein des dispositifs de prise en charge, ce ne sont pas nécessairement l'ensemble des professionnels qui ont accès au logiciel, mais seulement certains d'entre eux. L'existence de Kheops s'inscrit par ailleurs dans un mouvement plus général dans le secteur des politiques publiques, et notamment des politiques sociales, qui passe par le recours croissant aux outils informatiques de centralisation des données[133] (Weill 2017 ; Nonjon et Marrel 2015a, 2015b). La centralisation des informations, tout en participant de la veille sociale, permet d'opérer des choix pour l'attribution des places d'hébergement d'urgence.

2. La distribution des places d'urgence : « loterie » ou sélection discrétionnaire ?

On l'a évoqué : les demandes d'hébergement constituent le principal motif des appels au 115. Ces demandes sont formulées dans un contexte de pénurie flagrante des places

[133] Un autre usage de plus en plus fréquent des logiciels et de la centralisation des données qu'ils permettent est le « data mining », méthode de traitement de données à grande échelle à partir duquel l'observation et l'analyse sont modélisées de façon à permettre de détecter les moindres écarts à la norme (Dubois, Paris, et Weill 2018).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'hébergement, documentée au niveau national (HCLPD 2004, 2009 ; Cour des comptes 2007, 2011), mais aussi local. En 2017, 115 222 réponses négatives à une demande d'hébergement ont été apportées par le 115 de l'arrondissement lillois, pour seulement 5129 réponses positives, chiffre qui inclut cette fois le SIAO. La hausse du nombre d'appels reçus est beaucoup plus forte que celle du nombre de places d'hébergement disponibles. Les rapports d'activité soulignent d'ailleurs systématiquement l'écart croissant entre le nombre d'appels reçus et le nombre d'orientations effectivement proposées. La fonction de veille sociale se transforme ainsi en une dénonciation du manque structurel de ressources diverses, matériel et personnel d'écoute d'une part, places d'hébergement d'autre part. Dans ce contexte de pénurie des places, la gestion des demandes d'hébergement constitue l'une des tâches les plus délicates des écoutants. La plus grande partie de leur travail consiste à recueillir et centraliser les informations sur les situations des sans-domicile, à les mettre à jour et à les transmettre aux collègues et aux partenaires du système de prise en charge. Autrement dit, si le logiciel et le téléphone constituent des supports techniques précieux pour les écoutants, ces derniers restent les acteurs qui, en dernier ressort, sont amenés à réaliser des choix en vue d'attribuer les places d'hébergement (Pillon 2015).

La mise à disposition d'une place d'hébergement par une structure, évènement relativement rare, représente un changement important dans la routine des écoutants : si elle induit la perspective de pouvoir héberger quelqu'un pour la nuit à venir, elle a pour contrepartie d'entrainer des choix complexes dans son attribution. Les observations auprès des écoutants laissent apparaitre une tension entre, d'une part, ce qu'ils identifient comme une forme de hasard et de (mal)chance des appelants qui ont recours au dispositif et, d'autre part, l'existence de critères pour hiérarchiser les demandes d'assistance (encadré 5.3).

Encadré 5.3 : notes de terrain, le 115, une loterie ?

Suite de la matinée du 27 février 2015

À chaque appel, même pour les personnes auxquelles Redouane sait déjà qu'il répondra négativement à la demande d'hébergement, un temps d'attente est marqué. Regarder le dossier permet de savoir si la personne a bénéficié d'une place d'hébergement récemment, depuis combien de temps elle appelle et à quelle fréquence. En un coup d'œil sur l'écran, Redouane saisit ces informations. Il m'explique que la place sera donnée à quelqu'un qui appelle depuis longtemps, tous les jours, et qui n'a pas encore eu d'hébergement. Mais à ce moment précis, il me dit aussi que « *les places d'hébergement, c'est la loterie* ».

Les appels reprennent et je m'attends à ce que la place soit proposée rapidement étant donné leur fréquence. Ce n'est pas le cas : plusieurs hommes seuls appellent, et la place ne leur est pas proposée. Dans la logique de Redouane, on peut dire qu'ils n'ont pas tiré le bon numéro. J'essaie d'être attentif à l'interface, aux informations qui s'y trouvent. Pour certains, la liste des appels passés est très longue : Redouane la fait défiler, sans la regarder en détail. Un chiffre est systématiquement présent à côté des résultats lorsqu'il tape un nom ou une date de naissance. Il m'explique qu'il s'agit du nombre d'appels total passé par le ménage depuis son inscription dans le logiciel. J'essaie de noter ce chiffre dès que possible : 1 C2E (245 demandes) ; 1 HS ; 1HS ; 1 FS (16 dem.) ; 1 C4E (72) ; 1 F3E (47) ; 1 C2E (251) ; 1 C2E (127) ; 1 C1E (23) ; 1 C3E ; 1 FS (127) ; 1 FS (demande de couverture) ; 1 F4/5E ; 1 C1E (92) ;

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1 C3E ; 1 F2E : 1 F1E (81) ; 1 CE ; 1 HS ; 1 F4E (3) ; 1 F2E (63) ; 1 HS (4) ; 1 HE (4) ; 1HS ; 1 C4E (197) ; 1 C1E (2).

Certains appelants s'assurent auprès de lui : « *Vous inscrivez ma demande s'il vous plait ?* ». Redouane les rassure systématiquement, expliquant qu'il a « *pris en compte* » leur appel. Je discute avec lui de ces procédures. Il m'explique que regarder la fréquence d'appel permet de vérifier que les personnes sont effectivement à la recherche d'une place ; par ailleurs, la date du premier appel permet de vérifier l'ancienneté à la rue des appelants. Plus je discute avec lui, moins l'attribution des places me parait ressembler à une loterie : il y a une sélection, que Redouane a tellement intériorisée qu'il semble attribuer la distribution des places au hasard ou à la chance. Il répète à plusieurs reprises que c'est une question de « *loterie* » et illustre son propos : des personnes peuvent appeler des dizaines de fois, tous les jours, sans obtenir de place ; à l'inverse, une personne peut appeler une fois au bon moment et obtenir une place directement.

Une tension se fait jour dans l'attribution des places. De fait, comme le souligne Redouane, il existe une part d'aléatoire : une place peut se libérer en milieu de matinée ou plus tard, rendant caduques des demandes formulées préalablement. Dès lors, une personne appelant au « bon moment » – ce moment étant la part la plus aléatoire du processus – peut se voir attribuer celle-ci. La comparaison avec la loterie est pertinente sur un point, à savoir le nombre de « gagnants », c'est-à-dire de personnes hébergées, par rapport au nombre de « joueurs », ou de demandeurs. En assimilant néanmoins cette attribution à une loterie, Redouane euphémise le rôle effectif des travailleurs du 115 dans le processus d'attribution des places d'hébergement. Il invisibilise le dilemme moral auquel sont soumis les écoutants lorsqu'ils sont amenés à attribuer une place (Le Méner 2011). Le temps que Redouane prend pour consulter les informations du ménage formulant la demande incarne cette tension. Tout en sachant pertinemment qu'il y a peu, ou aucune chance d'attribuer une place, il donne l'impression au ménage à l'autre bout du fil que *quelque chose est fait*, et *peut être fait*. De fait, différents critères (ancienneté, fréquence des appels, absence d'hébergement récent) visent à légitimer qu'un demandeur plutôt qu'un autre se voie attribuer une place (encadré 5.4).

Encadré 5.4 : notes de terrain, le 115, une loterie ?

Matinée du 18 juillet 2016

Je passe une nouvelle matinée avec Redouane. J'arrive à 9h. Il me dit qu'une place est disponible aujourd'hui, dans une structure roubaisienne. C'est une place pour femme seule. Je me branche en double écoute, puis Redouane commence à reprendre les appels : une femme appelle pour elle et son enfant ; puis un homme avec son enfant.

Un homme seul appelle. Il n'est pas inscrit depuis longtemps et n'est pas familier du 115. Saïd lui dit qu'il n'y a pas de place disponible. Il demande à Redouane dans combien de temps il pourra avoir une place, il a l'air fébrile, affaibli. Redouane : « *Actuellement, la liste d'attente elle est de trois mois, monsieur* ». L'homme est abattu. Il demande à Redouane comment il va faire pour dormir dehors pendant trois mois. C'est la première fois qu'il se retrouve à la rue. Redouane demande s'il n'a pas de la famille, des amis qui pourraient l'héberger. L'homme ne répond pas vraiment, puis dit que ce ne sera pas possible durant trois mois. Redouane explique que c'est le « *fonctionnement du 115 qui est comme ça* ». Il encourage l'homme à appeler régulièrement, puis met progressivement fin à la conversation. Les appels reprennent : au total, Redouane décrochera 33 fois le téléphone entre 9h et 11h30,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

principalement pour enregistrer les demandes d'hébergement des appelants et faire quelques mises à jour.

Il s'apprête à prendre sa pause déjeuner. Je lance la discussion avant qu'il ne parte. La place disponible n'a pas été donnée au « premier arrivé », à la première personne dont le profil aurait pu justifier qu'on lui donne la place ; les écoutants ont plutôt cherché à trouver quelqu'un dont l'ancienneté à la rue justifiait qu'on la lui donne. Plus précisément, ils ont attendu qu'un ancien de la rue appelle pour donner la place. Ce n'est d'ailleurs pas Redouane qui la lui a donnée, mais sa collègue Violette. Tous deux me réexpliquent que le « *seul critère qui vaille* » pour le 115 est l'ancienneté de la demande. Or celle-ci n'est pas vraiment réalisable en l'état : elle supposerait une dimension proactive des travailleurs du 115, qui devraient identifier et contacter la plus ancienne personne inscrite. Redouane compare de nouveau l'attribution des places à la loterie, et Violette résume : *« Tu peux appeler à 8h, y'a pas de place. Et à 8h10/20, tu orientes la personne suivante* ».

***

25 juillet 2016

Matinée avec Violette. Une place disponible à Halluin, pour homme seul. Un homme appelle, Violette met à jour son dossier, pose des questions sur son statut administratif et sur le rendez-vous prévu quelques jours plus tard à la préfecture afin de renouveler sa carte de séjour. L'homme confirme le rendez-vous et précise le jour : il est différent de ce qui est noté dans Kheops, et Violette corrige dans le logiciel. Elle rappelle : « *C'est trois mois d'attente pour obtenir une place au 115, on vous a prévenu ?* ». L'homme confirme. Violette conclut en précisant qu'elle a mis à jour le dossier et en encourageant à rappeler.

Ces observations donnent des indices concernant l'existence de critère de distinction et de hiérarchisation des demandes d'hébergement d'urgence. On retrouve les ressorts des arbitrages d'acteurs cherchant à justifier des choix complexes dans une situation contrainte, en l'occurrence l'allocation d'une ressource rare, mis au jour par Didier Fassin, Anne-Claire Defossez et Valérie Thomas dans une situation proche[134] (2001). Dans le cas étudié ici, l'ancienneté de la demande constitue bien un premier filtre des demandes d'hébergement d'urgence, et le principal. Les cas de personnes très récemment inscrites concrétisent ce critère, puisqu'une ancienneté d'appel minimale de trois mois est explicitement identifiée par les écoutants 115, en deçà de laquelle ils n'envisagent même pas de proposer un hébergement. Si ces trois mois sont un barème officiel dont l'origine est difficilement traçable, il n'est pas réellement effectif : une ancienneté d'appel de 3 mois est loin d'être suffisante pour se voir attribuer une place d'hébergement d'urgence. L'effet de seuil qu'elle induit permet d'objectiver l'existence d'une sélection sur des critères envisagés comme légitimes, plus qu'il ne participe réellement à cette sélection. Le barème a ici essentiellement fonction de sémaphore, de signal (Fassin 2001). L'extrait qui suit confirme l'effectivité de l'ancienneté de la demande comme critère de sélection, et apporte d'autres éléments sur les manières qu'ont les écoutants de justifier le mode de distribution des places (encadré 5.5).

[134] Une différence notable néanmoins tient au fait que la distribution du Fonds d'urgence sociale analysée par Fassin et ses collègues avait une dimension exceptionnelle et ponctuelle, voir (Fassin, Defossez, et Thomas 2001 ; Fassin 2001). À l'inverse, l'attribution des places d'hébergement d'urgence a lieu quotidiennement et reproduit ainsi tous les jours ce choix.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 5.5 : notes de terrain, les critères de hiérarchisation des demandes au 115.

25 juillet 2016 (une place disponible à Halluin, pour homme seul)

La personne suivante est encore un homme seul. Il donne son nom, Violette constate une ancienneté de plus de trois ans. Elle regarde de plus près. L'homme a déjà séjourné à Halluin. Il est noté que le 2 janvier 2014, il a cassé une vitre dans le CHRS. Violette l'interroge, l'homme tente de se justifier en évoquant une dispute avec un usager. Elle continue à regarder dans son dossier et constate qu'une structure de Tourcoing refuse désormais de l'accueillir. Lors de la dernière veille saisonnière, il y a dégradé des lavabos et a été surpris en train de fumer du cannabis. L'homme ne répond pas aux questions de Violette, qui cherche à connaitre la raison de ces comportements. Elle lui annonce qu'elle va tenter de négocier avec Halluin, et qu'il doit rappeler à 10h30 pour savoir ce qu'il en est.

Les appels reprennent : 1HS ; 1CE ; 1FS ; 1C ; 1F. Un homme seul appelle. Violette, hors micro : « *2011 [date d'inscription dans le logiciel], c'est une ancienneté qui m'intéresse ça* ». Elle dit au monsieur avoir peut-être une piste pour un hébergement. Elle évoque ici aussi Halluin. Pour le monsieur précédent, l'hébergement parait compromis étant donné son passif. Violette propose donc la même place à deux personnes différentes : leur ancienneté et la fréquence de leurs appels le justifient. C'est la structure qui décidera qui héberger.

C'est le prochain appel. Violette donne les deux noms à la cheffe de service, puis les informations dont elle dispose à propos de ces personnes, y compris sur le passif institutionnel de la première. Après une courte discussion, c'est la deuxième personne qui aura la place. La structure a justifié son choix par rapport au comportement passé de la personne finalement refusée. La structure d'accueil transmet les informations à Violette qui les répercutera ensuite à la personne choisie : celle-ci doit se présenter à 16h.

***

18 octobre 2016.

Matinée avec Redouane. […] Concernant l'ancienneté, Redouane m'explique qu'un tel critère n'est pas réalisable, qu'il est inapplicable. Il développe un peu, en m'expliquant que les « *plus grands marginaux* », ceux qui sont dans la rue depuis le plus longtemps, n'ont pas recours au 115. Même des personnes anciennement à la rue mais relativement peu dégradées n'ont pas beaucoup recours au 115, dans la mesure où elles ont appris à vivre sans. Par ailleurs, même si ces personnes appellent, rien ne garantit qu'elles obtiendront une place : les structures d'hébergement font parvenir au 115 les places au compte-goutte, ce qui implique qu'à un moment « *t* » il peut ne pas y avoir de place alors qu'il y en aura une quelques minutes plus tard. Redouane répète une nouvelle fois : « *C'est la loterie* ».

L'ancienneté de la demande ne devient réellement pertinente que lorsqu'elle se mesure en années plutôt qu'en mois. La nécessité d'une ancienneté de 3 mois n'est pas effective, puisqu'au moment de l'enquête au 115 (en 2016), les écoutants envisageaient une orientation pour des personnes inscrites depuis 2014 au plus tôt. Paradoxalement, une trop grande ancienneté n'est pas nécessairement un facteur favorisant l'accès à l'hébergement, car elle peut être synonyme d'un long parcours de rue ou d'hébergement et, par conséquent, d'une incapacité à « s'en sortir ». Un second critère de sélection des demandeurs se donne à voir dans les encouragements, parfois moralisateurs, des écoutants 115 : ces derniers incitent les personnes à la rue à appeler régulièrement, idéalement tous les jours. Il arrive que les appelants aient un « trou » dans leur fréquence d'appel, de plusieurs semaines, mois, voire années, ce qui justifie de la part de l'écoutant une prise de renseignements, qui sonne comme un rappel à l'ordre – « *Comment ça se fait que vous n'appeliez plus ?* ». La fréquence d'appels est parfois

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

explicitement identifiée comme une façon d'évaluer la motivation, d'une part, l'authenticité de la situation de rue, d'autre part. En ayant régulièrement recours au dispositif, une personne témoigne d'un besoin réel d'hébergement, de son dénuement et de l'absence d'autres solutions envisageables. Enfin, le parcours d'hébergement constitue un troisième critère de sélection des demandeurs, en se déclinant sous deux aspects : d'une part, le fait qu'aucune solution n'ait récemment été proposée à la personne qui appelle ; d'autre part qu'il n'y ait pas de « *passif institutionnel* », c'est-à-dire de comportements identifiés comme déviants et problématiques dans le cadre d'un accompagnement. Les écoutants reçoivent à échéance régulière des « *listes des suspendus* » de CHRS. Selon Violette, « *toutes les structures en ont une* », qu'elle soit formelle ou officieuse, écrite ou sue. Certaines personnes bien connues des écoutants et, plus largement, de nombreux acteurs du système de prise en charge sont ainsi plus ou moins ouvertement considérées comme indésirables au sein des CHRS. Lorsque je lui demande comment cette liste influe son travail, elle me dit qu'elle « *s'assoit dessus* ». Elle le dira également à son collègue Redouane lorsque celui-ci lui demandera si elle a vérifié la liste des suspendus d'Halluin. Le critère du passif institutionnel, s'il prévaut, tend à être davantage mobilisé par les structures d'accueil, qui disposent ainsi d'une marge de manœuvre dans la distribution des places d'hébergement.

III. À distance et en (première) ligne

Un dernier aspect du 115 sur lequel il faut s'attarder concerne la spécificité du rapport entretenu par les écoutants avec les personnes qui ont recours au dispositif. Comme on l'a dit, le principal support de travail des écoutants du 115 est le logiciel Kheops, qui permet la saisie et la mise à disposition d'informations en vue de prendre en charge les personnes sans-domicile du territoire métropolitain[135]. En amont du rôle prépondérant de ce logiciel néanmoins, le travail des écoutants est médié en premier lieu par le téléphone, qui contribue simultanément à *mettre à distance* (1) et à *mettre en contact* appelants et écoutants (2).

1. Mise à distance : production de déférence et norme interactionnelle

La majorité des appels reçus par le 115 s'enchainent et se déroulent sans accroc. La familiarité des écoutants 115 avec le logiciel s'observe également dans l'interaction téléphonique. Le ton est calme, toujours le même sans être monotone, et les écoutants identifient

[135] Les logiciels sont différents selon les territoires : Gardella évoque par exemple le logiciel ALOHA dans la situation parisienne (Cefaï et Gardella 2011; Gardella 2014a), qui remplit la même fonction que Kehops.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

les noms, les mots et les chiffres prononcés par les appelants avec une facilité déconcertante, alors qu'ils peuvent paraitre incompréhensibles à l'écoutant extérieur. La plupart des appelants ont quant à eux intégré les règles du dispositif concernant l'ancienneté de la demande ou encore la fréquence des appels : en témoignent l'absence de réaction en cas de réponse négative à une sollicitation, ou les demandes parfois insistantes pour s'assurer (et se rassurer) que l'appel est bien enregistré dans le logiciel. L'enchainement des échanges, la rapidité des appels, le recours à un nombre de mots limités donnent ainsi l'impression d'un mécanisme huilé et répété, et de l'existence d'une norme sinon interactionnelle, du moins conversationnelle, où l'acceptation tacite du refoulement est la règle. Le dispositif est ainsi producteur de déférence (Dubois 1999) de la part des appelants, *a fortiori* de la part de ceux qui appellent le plus régulièrement le 115, le dispositif téléphonique modelant considérablement la relation entre appelant et écoutant. Le travail relationnel déployé par les professionnels du 115 diffère de ce qui a été analysé précédemment dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement. Il n'y a aucun contact en face à face avec les usagers ; pas non plus de suivi personnalisé ; peu d'échanges verbaux dans la majorité des cas ; le vouvoiement est la règle et le tutoiement l'exception… Alors que les référents en structures d'accueil et d'hébergement associent des informations mémorisées à des personnes visibles et reconnaissables qu'elles côtoient quotidiennement, les écoutants du 115 disposent seulement de noms ou de dates de naissance pour avoir accès à un ensemble d'informations dématérialisées et pouvant très rarement être associées à un visage. Ils travaillent avec un ensemble plus ou moins complexe de données contribuant simultanément à identifier administrativement et socialement les appelants, mais aussi à les dépersonnaliser.

En cela, le travail réalisé par les écoutants correspond à un traitement bureaucratique de la pauvreté : à partir d'un ensemble d'informations (composition du ménage, sexe du demandeur, statut administratif) permettant de construire des catégories socioadministratives (homme ou femme seul-e, couple, famille, « dubliné[136] », ressortissant européen, demandeur d'asile…) et d'y répartir les demandeurs d'une part, et de critères perçus comme légitimes parce qu'objectivables et mesurables (ancienneté de la demande, fréquence des appels, passif institutionnel), d'autre part, les écoutants 115 sont chargés d'allouer une ressource rare, les places d'hébergement. Le téléphone et la norme conversationnelle qu'il produit contribuent à limiter « l'exposition à la misère » (Dubois 1999) induite par les relations d'assistance (Simmel 1998 ; Paugam 2005), à réduire les usagers à leurs demandes et ainsi à *mettre à distance* les situations de dénuement matériel et d'épuisement physique et psychique des personnes ayant recours au dispositif. En conséquence, la technicité de ce dernier, associée aux temporalités

[136] Le règlement Dublin III, en vigueur depuis 2013, définit la politique européenne des demandes d'asile. Il énonce la règle selon laquelle le pays dans laquelle une demande d'asile est initialement formulée par une personne migrante est aussi le pays qui devra prendre en charge le suivi et la décision liés à cette demande. Une personne « dublinée » désigne alors une personne ayant déjà formulé une demande d'asile dans un pays donné (le plus souvent suite à son interpellation), et devant théoriquement faire l'objet d'un renvoi dans ce pays.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

rapides propres à l'urgence sociale (Gardella 2016b), éclipsent partiellement les problématiques politiques posées par la pénurie des ressources à disposition. Cette mise à distance s'opère néanmoins, paradoxalement, par le biais d'une mise en contact. Ces deux facettes du 115 et du travail des écoutants sont indissociables et sont au fondement des difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail au quotidien, difficultés considérablement aggravées par la situation de saturation du dispositif, de pénurie structurelle des places d'hébergement et de sous-effectif des professionnels chargés de la gérer. Au-delà de cette tension symbolique entre mise en contact et mise à distance, le contenu même des échanges entre écoutant et écouté permet d'avancer qu'en dépit de la distance imposée par l'échange téléphonique, les écoutants sont nettement exposés aux déceptions, revendications, et sollicitations des appelants. Ainsi, si de nombreux échanges étaient similaires, duraient peu de temps et se limitaient à des échanges assez limités, il est également arrivé que des personnes n'acceptent pas l'impossibilité d'hébergement qui leur était opposée en tentant de l'infléchir et de la négocier, ou en s'en prenant aux écoutants, alors tenus pour responsables. Dans ces cas de figure, la norme conversationnelle et la déférence dont elle témoigne ne sont plus respectées.

2. En (première) ligne : les écarts à la norme conversationnelle et leur gestion

Toute norme est productrice de déviances (Becker 1963) : dans le cas des relations d'appel entre usagers et écoutants du 115, ces déviances se donnent à entendre lorsque la conversation-type n'est pas suivie. On parlera ici d'écarts à la norme, dans la continuité du travail de Vincent Dubois sur les échanges entre usagers et guichetiers dans les Caisses d'assurance familiale (Dubois 1999). Trois types d'écarts ont été observés : le premier correspond à une réaction verbale plus ou moins violente de l'appelant, où celui-ci s'emporte contre l'écoutant alors tenu pour responsable de l'absence de solution d'hébergement qu'il ou elle se voit opposer ; le second type d'écart s'incarne dans l'exposition par l'usager de son désemparement et de sa souffrance, afin de susciter la compassion de l'écoutant ; enfin, le troisième type d'écart observé est cette fois le fait des écoutants : à quelques reprises, ces derniers ont pu s'emporter contre des usagers, le plus souvent pour adopter un discours à visée moralisatrice.

Le premier type d'écart à la norme a été observé lorsque des appelants ont reproché aux écoutants de ne pas leur proposer de place d'hébergement et, plus largement, lorsqu'ils s'estimaient mal traités par les travailleurs du 115 (encadré 5.6). Dans ce cas, ces derniers sont fréquemment tenus pour responsables de l'absence de places d'hébergement et se voient accusés de ne pas (bien) faire leur travail, d'exposer les personnes ainsi laissées à la rue aux risques qui lui sont liés, ou encore d'être injustes.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 5.6 : notes de terrain, les écarts à la norme conversationnelle.

29 juillet 2016. Matinée avec Redouane.

Un homme appelle, tout de suite véhément. La situation est particulière, il a obtenu une place sur décision de justice, pour l'éloigner de sa compagne qu'il battait. Dans 15 jours, il perdra cette place, et il appelle le 115 pour la première fois pour ne pas être à la rue à ce moment. L'homme estime qu'une place lui est due : « *C'est n'importe quoi ça putain, moi j'ai déjà ma place ici alors vous m'en donnez une, point* ».

Redouane explique calmement qu'il comprend que l'homme n'aura plus sa place dans 15 jours, mais que du côté du 115, il y a un délai de trois mois d'ancienneté. L'homme s'emporte, insulte R. qui reste calme et réitère l'explication. La conversation se termine brutalement, l'homme raccroche. R. discute avec Romain, qui est catégorique : « *Il bastonne sa femme et après il veut une place ? Je lui aurais raccroché à la gueule* ».

***

3 août 2016. Après-midi avec Mélanie.

Une dame bien connue des écoutants, Mme O., appelle. Elle est logée, mais elle demande au 115 un hébergement car « *[elle] n'en peu[t] plus de ce logement* ». Ses propos sont décousus, incohérents et agressifs : « *Vous me trouvez quelque chose, vite, je vais pas bien dans ce logement* ». Mélanie est très patiente, tente de temporiser, de demander ce qui pose problème : « *Tout ! Je veux partir, je reste pas là, donnez-moi une place* ». Mme O. s'énerve contre Mélanie, parle de *« l'incompétence du 115* ». Elle raccroche. Mélanie m'explique que cette dame a des troubles psychiques, ce qui expliquerait son comportement.

Plus tard, une assistante sociale (AS) hospitalière appelle concernant un monsieur hospitalisé en urgence la veille, et qui doit sortir en fin d'après-midi de l'hôpital. L'AS a l'air exaspérée : visiblement, elle a eu du mal à contacter le 115 et semble peu au fait du fonctionnement du dispositif. Elle a appelé plusieurs fois dans la journée en tentant de contourner l'attente, en passant par les numéros réservés aux partenaires : Redouane l'a renvoyée dans les cordes, lui demandant de passer par le 115 puisqu'il ne s'agissait pas d'une transmission d'informations mais d'une demande d'hébergement.

Elle précise que le monsieur n'a besoin de la chambre que pour quelques nuits, il rentre en Pologne le lundi qui suit, fait un long argumentaire. Mélanie tient bon, tentant de lui expliquer que les délais d'attente pour une place sont de plusieurs mois, et que la durée d'hébergement demandée n'y change rien. La dame s'exaspère, insiste, culpabilise Mélanie (alors que c'est l'hôpital qui met fin à son séjour…) finit par raccrocher brutalement. Un peu plus tard, une dame sera elle aussi exaspérée en apprenant qu'elle n'aura pas de place, même « *pour quelques nuits seulement* ». Elle raccrochera au nez de Mélanie.

Les écoutants du 115 sont exposés à la colère des appelants, qui prend plusieurs formes : reproches et culpabilisation, violence verbale, accusations, dévalorisation du travail effectué… Surtout, s'il est difficile de généraliser à partir de ces cas, on peut faire l'hypothèse que l'absence de socialisation à la norme conversationnelle du 115 amène les appelants à s'emporter : dans 3 des 4 cas évoqués, les personnes qui ont recours au dispositif le font pour la première fois. Le quatrième cas est celui d'une dame dont les travailleurs sociaux soupçonnent qu'elle a des troubles ou une pathologie psychique, fournissant une explication toute faite à un comportement perçu comme irrationnel par les écoutants – quitter un logement pour un hébergement – au regard de leurs propres représentations. Par ailleurs, on peut remarquer que dans les exemples cités, les réactions des écoutants s'inscrivent à chaque fois

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dans une posture professionnelle : ils expliquent le fonctionnement du 115, ne haussent pas la voix, ni ne raccrochent. Enfin, on peut souligner que des appelants tentent d'articuler leur énervement avec une forme de culpabilisation des écoutants, en vue d'infléchir leur réponse négative. Ces situations mêlent donc le premier type d'écarts observés au second, qui vise à susciter la compassion des travailleurs du 115.

En effet, une deuxième forme d'écart à la norme conversationnelle consiste pour les appelants à décrire leur dénuement de manière détaillée, à mettre en avant leur souffrance, en somme à s'exposer et à se mettre en scène (Goffman 1973 ; Dubois 1999), en vue de susciter la compassion des écoutants. Ces comportements ne se limitent pas aux échanges dans le cadre du recours au 115, mais témoignent du recours à des tactiques de l'ordre de la survie (de Certeau 1980), observables notamment dans le cadre de la pratique de la manche (Pichon 1992 ; Memmi et Arduin 2007 ; Schlegel 2016). Il serait erroné de comprendre ici que ces situations de dénuement sont feintes : elles peuvent être amplifiées, ou « dramatisées » pour filer la métaphore goffmanienne, mais demeurent bien réelles. Ce mode d'exposition de la misère de la part de ceux qui la subissent traduit l'effritement de l'État social (Castel 2009) et les changements profonds des manières d'administrer l'assistance et les politiques sociales, plutôt que des usages purement stratégiques d'agents rationnels cherchant à obtenir une place d'hébergement à tout prix (voir ci-après, encadré 5.7). Les injonctions à l'autonomie (Duvoux 2009, 2013), la responsabilisation accrue des individus (Castel 1995, 2009) et le développement du vocabulaire de la souffrance, dont la visée est à la fois individuelle et universelle, dans le cadre du passage d'une lutte contre les inégalités à une lutte contre l'exclusion (Fassin 2006), sont propices aux mises en récit de soi (Astier et Duvoux 2006). De sorte que, comme l'écrit Didier Fassin dans son analyse des demandes d'aide d'urgence :

> Les bénéficiaires de l'État social ne sont généralement pas dupes des attentes à leur égard – la conformité de l'assisté à des normes de bonne conduite. Ils développent ainsi des mécanismes d'adaptation et des jeux de négociation, dans lesquels la part de la normalisation subie et du détournement tactique est toujours difficile à établir. Quoi qu'il en soit, ces mécanismes et ces jeux, élaborés au cours des interactions avec les services publics, engagent l'individu dans une présentation de lui-même dont on peut supposer qu'elle n'est pas sans effet sur la construction de son moi – sinon moral, tout au moins social –, surtout si l'on tient compte de la répétition de ces interactions et du temps qu'elles représentent, aussi bien dans l'anticipation de la scène et la préparation du rôle que dans la réalisation de la première et l'exécution du second (Fassin 2000, p. 956).

Encadré 5.7 : notes de terrain, les écarts à la norme conversationnelle.

3 août 2016. Après-midi avec Mélanie.

Les appels s'enchainent. Dans le cas d'une famille, il s'agit d'une demande de changement d'hébergement : les enfants sont trop éloignés de l'école et la mère souhaite pouvoir se rapprocher. Elle détaille longuement, ses filles « *travaillent bien à l'école, elles sont sages* ». Ce rapprochement pourrait « *vraiment les aider* », surtout qu'elle n'en « *peut plus de la structure actuelle* ». Mélanie consulte le dossier et constate que la préconisation a déjà été modifiée pour obtenir le rapprochement, sans succès. Mélanie ne le précise pas au téléphone : elle évoque la prise en compte du souhait de la famille, mais

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

pas cet échec. Elle conseille à la dame d'être patiente et de continuer à appeler. La dame se montre très reconnaissante, remercie chaleureusement Mélanie puis raccroche.

Une femme appelle ensuite : Mélanie la reconnait immédiatement, elle est bien connue des écoutants, et Mélanie souffle à ses collègues, hors micro : « *c'est Mme Sou…* ». Celle-ci commence par demander des nouvelles de Mélanie, qui lui retourne la question sur un ton léger, elles discutent cordialement pendant quelques secondes avant que la « vraie » conversation ne commence. La dame évoque d'emblée la pathologie de sa fille, en insistant sur l'incertitude qui caractérise celle-ci : elle invoque les mots du médecin, qui n'aurait « *pas su identifier le problème* ». Mélanie consulte les notes et constate que la pathologie y était déjà évoquée, le rendez-vous avec le médecin également. La dame parle beaucoup, parle de sa situation et de celle de sa fille, donne de nombreux détails : celle-ci est allée à l'Euro de football, « *tout s'est bien passé, c'est une bonne fille, elle était heureuse* ». Mélanie recentre la conversation, dit à la dame que « *malheureusement il n'y a pas de place…* » - « *Ah, d'accord… mais c'est très difficile en ce moment, je n'y arrive plus…* ». Au moment de raccrocher, elle implore Mélanie de « *penser à elles* » pour les places.

Nous discutons ensuite de la situation avec les autres écoutants : ils évoquent le fait qu'une place avait été proposée, mais que la dame a refusé car sa fille devait aller à l'Euro de football. S'ensuit un débat sur les places et les demandeurs. Mélanie, dans les notes, me montre que la dame a décliné deux propositions de place, une à Valenciennes, l'autre en Bretagne. Redouane est assez intransigeant : pour lui, lorsque l'on est à la rue, on ne refuse pas de place. Mélanie et Carine sont plus nuancées, *idem* pour Violette : elles adoptent une attitude plus compassionnelle, même si pour l'Euro de football, elles ont davantage de mal à tenir leur position. Concernant la place en Bretagne, il y a un relatif consensus sur le fait que ce soit difficile d'accepter, même si Redouane précise « *avec deux enfants, la priorité reste de s'abriter* » et que la dame n'est pas « *responsable que d'elle-même* ». Il nuance ensuite en disant que les pouvoirs publics « *le font exprès* » : proposer des places éloignées permet de gérer les flux de personnes en situation de pauvreté/irrégulière, et il est plus probable que les usagers déclinent la proposition, les rendant ainsi pour partie responsables de leur situation.

Les modalités de mise en scène de soi adoptées par les demandeurs articulent exposition de leur souffrance et mise en valeur de certaines de leurs caractéristiques : il s'agit simultanément de susciter la compassion et de se présenter sous une bonne facette, de témoigner que l'on est méritant. La fonction du 115 n'est alors plus tant de distribuer les places d'hébergement que de proposer une écoute (Fassin 2004) et d'être capable de recueillir la souffrance des appelants pour tenter de la soulager, plus ou moins efficacement, plus ou moins temporairement.

Enfin, le dernier type d'écart observé par rapport à la norme conversationnelle n'a cette fois pas été le fait des appelants, mais des écoutants eux-mêmes. Plus précisément, deux situations peuvent se donner à entendre : dans le premier cas, l'appelant réagit à l'écart initial d'un appelant pour le recadrer et rétablir l'ordre de l'interaction (encadré 5.8).

Encadré 5.8 : notes de terrain, les écarts à la norme conversationnelle.

25 juillet 2016 [la structure d'Halluin a choisi entre deux orientations du 115, Violette transmet les informations aux deux demandeurs]

Violette rappelle l'homme accepté par la structure d'Halluin et lui transmet les informations nécessaires à son admission (heure de rendez-vous, lieu de la structure). L'échange est court, puis les appels reprennent. Peu de temps après, l'homme refusé par le CHRS rappelle pour savoir ce qu'il en est de sa demande d'hébergement, comme cela était prévu. Il demande à Violette s'il peut aller à Halluin. Violette répond que ça n'a pas marché, et l'homme s'énerve fortement, rapidement : « *Putain mais vous m'aviez*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dit que j'aurais une place ! Je fais quoi moi ce soir ? Je dors encore dehors, vous vous en foutez vous ! ». Violette ne se démonte pas, lui rappelle que c'est son comportement passé dans la même structure qui lui coûte sa place : « *Il fallait y penser avant, pourquoi j'orienterais quelqu'un qui va péter des câbles ? Faut se donner les moyens de réussir monsieur !* ». L'homme se calme rapidement, il se ferme. Violette ajoute « *à partir du moment où les structures elles vous repèrent, vous devenez une tête de Turc* ». La conversation s'achève dans le calme et Violette encourage l'homme à rappeler.

La matinée se poursuit, les appels s'enchainent : 1H sortant d'incarcération, Violette insiste sur la nécessité d'appeler tous les jours, l'encourage ; 1F2E ; 1F ; 1H, bien connu, Violette et lui se tutoient. Il n'est pas content, dit qu'une place lui était réservée. Cela semble vrai mais plus complexe, puisque Violette lui rétorque qu'il devait appeler la veille, comme cela lui était demandé, pour avoir sa place. Contrarié, l'homme raccroche. Laureline me dit que c'est un habitué, elle passe à autre chose.

Dans la perspective proposée par Randall Collins (Collins 2004 ; Collins et Truc 2010), on peut avancer que l'écoutante monte le ton d'abord pour se mettre dans le même rythme interactionnel que celui que cherche à imposer l'appelant, puis pour reprendre le dessus, et imposer son propre rythme. Elle rétablit ainsi l'ordre normal de l'interaction. Plus généralement, l'écoutante oppose à l'écart de l'écoutant une sanction, en haussant le ton ou en le renvoyant à sa faute. Dans d'autres cas de figure, c'est l'écoutant qui sort initialement de la norme conversationnelle (encadré 5.9).

Encadré 5.9 : notes de terrain, les écarts à la norme conversationnelle.

3 août 2016, soirée avec Violette.

Lorsque Mélanie part, je rejoins Violette. Celle-ci est fatiguée et de mauvaise humeur, elle souffre car elle s'est fait enlever une dent de sagesse la veille. Cela se ressent considérablement dans les appels qu'elle décroche : elle est sèche, directe, d'autant plus que la plupart des appels sollicitent une maraude alimentaire, en demandant l'heure de passage à des endroits précis. Violette répond inlassablement : « *je ne sais pas, c'est une maraude* [ton cassant et insistant] *monsieur/madame* », comme si cela suffisait à expliquer l'absence d'informations concernant l'heure de passage : pour Violette, la maraude désigne la prospection aléatoire des travailleurs de rue, par définition imprévisible. Difficile de savoir si les appelants peuvent comprendre ce jargon professionnel. Après une énième demande sur la maraude alimentaire, Violette s'emporte. Elle appelle Alexis pour savoir où il en est dans la maraude, puis transmet l'information, sèchement, aux appelants : « *Oui, la maraude va arriver. Voilà, c'est ça, au revoir* ».

***

25 juillet 2016, matinée avec Violette.

Violette est seule lorsque j'arrive, il n'y a eu qu'un appel jusqu'ici. Elle sent que cette journée va être dure. Elle m'explique avoir fait « *70 heures* » en une semaine, être épuisée. Elle sait que cette fatigue risque de peser sur ses échanges avec les appelants, mais explique qu'elle va s'efforcer de dépasser cela.

Un homme appelle juste après, il souhaite aller déjeuner dans une association qui distribue des repas. L'homme explique qu'il a une dialyse à 13h, et qu'il est emmené par les services de l'association : il souhaite donc y déjeuner. Je vois de qui il s'agit : Frédéric le connait, ce que confirmera l'homme un peu plus tard lorsqu'il demandera à lui parler. Nous l'avions vu lors d'une maraude avec Célia à l'hôpital. Violette apprend que ce monsieur est hébergé à l'hôtel. Elle lui fait des remontrances dans la mesure où il n'appelle pas quotidiennement : « *vous êtes bien à l'hôtel ? Vous voulez y rester ? Non ? Pourquoi vous n'appelez pas alors ?* ». La discussion se termine assez calmement, après que le monsieur a expliqué sa situation. Violette s'est emportée, elle a présumé une mauvaise volonté de la part de l'homme, alors que c'est sa situation spécifique qui justifie l'absence de régularités dans ses appels.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Au-delà de la norme conversationnelle, ce type d'écart constitue une déviance vis-à-vis de la posture professionnelle qui est requise des écoutants. Au cours de l'enquête, ce type d'écart n'a jamais été sanctionné, même de manière informelle : d'une part, parce que le chef de service, titulaire de l'autorité, n'est jamais présent dans la salle d'écoute et ne voit les écoutants qu'au cours de réunions hebdomadaires ; d'autre part, parce qu'il existe une solidarité des écoutants face à la pénibilité de leur travail, perceptible par exemple lorsque, interrogés sur leur ancienneté, ils font part de leur lassitude et précisent que « *dire non toute la journée, c'est fatigant* ».

***

Les contraintes structurelles qui pèsent sur le système de prise en charge se répercutent directement sur les écoutants du 115, et la charge psychologique se fait particulièrement lourde. La plupart de ces professionnels cherchent d'ailleurs à quitter le service après quelques années, en intégrant les équipes de maraudes en tant qu'agents d'accueil. L'ensemble de ces observations et des analyses développées met en lumière la situation paradoxale du dispositif et des professionnels qui y travaillent : tout en étant à distance physique de leurs interlocuteurs, ils sont aussi en première ligne de la gestion des places d'hébergement. Les échanges peuvent donner à entendre des énervements, des incompréhensions réciproques, des prises de parole visant à solliciter la compassion, ou simplement l'écoute. La dimension bureaucratique de la distribution des places est ainsi nuancée par un traitement qui se veut compassionnel, les écoutants étant conscients des répercussions de leur travail et des choix qu'ils sont amenés à opérer sur les vies des demandeurs.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. L'organisation du travail de maraude : rhétoriques professionnelles et stratégies de légitimation

Très différentes dans leur organisation et dans les pratiques professionnelles qu'elles déploient, les maraudes incarnent pourtant la facette complémentaire du 115 dans le système de l'urgence sociale. Les maraudes désignent des petites équipes bénévoles ou professionnelles et le cas échéant, des travailleurs sociaux, des infirmiers, ou plus rarement des médecins, qui vont directement à la rencontre des personnes sans-domicile dans la rue, que ces derniers aient sollicité ou non de l'aide. Leur fonctionnement s'inspire nettement des pratiques des acteurs humanitaires (Pichon 2001; Gardella 2014a), dans la mesure où le principe des maraudes est d'aller là où personne d'autre ne va, où leur travail a principalement vocation à pallier les insuffisances d'autres dispositif et à soulager *a minima* la pénibilité de la vie en rue en distribuant des biens et services d'urgence sociale. Cette influence humanitaire est en partie diluée dans une réinterprétation propre au travail social et à l'accompagnement individuel de long terme, qu'il convient d'étudier (Arnal 2016). Contrairement aux écoutants du 115, les maraudeurs sont par ailleurs en contact direct avec les sans-domicile et, bien souvent, avec la fraction de cette population qui est la plus rétive à recourir aux institutions de prise en charge. Ils sont fréquemment en mouvement et parfois amenés à rechercher activement les personnes qu'ils sont supposés aider. Trois points sont développés. On décrit d'abord l'organisation générale des maraudes en restituant la division des tâches entre une démarche humanitaire, largement assimilée au bénévolat, et une démarche d'accompagnement et de travail social, mise en œuvre par des salariés (I) ; on restitue ensuite la structuration d'une des maraudes salariées de la métropole, qui occupe une position intermédiaire dans le secteur des maraudes, et s'inscrit dans un rapport de distinction vis-à-vis des maraudes bénévoles, mais aussi des maraudes du Samu social (II). Ces dernières sont finalement évoquées, afin de mettre en lumière la diffusion du *care* dans les pratiques des maraudeurs du Samu social (III).

I. Du travail humanitaire au travail social : division des tâches et organisation des maraudes dans la métropole lilloise

De manière générique, la maraude désigne une pratique d'accompagnement qui repose sur une démarche proactive des professionnels du secteur, qui se rendent auprès des personnes vivant en rue. La formule « *aller vers* » résume, dans les témoignages des maraudeurs, cette idée. Dans l'esprit de Xavier Emmanuelli, qui revendique la parenté des maraudes, cette idée fait directement écho à la médecine humanitaire, elle-même étroitement liée à la médecine

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

coloniale et urgentiste (Cefaï et Gardella 2011; Gardella 2014a). Au-delà de cette perspective globale, la maraude fait l'objet d'interprétations et de mises en application diverses. Plusieurs travaux récents ou en cours ont ainsi analysé la diversification des pratiques de maraude dans le cadre de la veille sociale (Arnal 2016 ; Flaureau, en cours). Cette diversité s'observe notamment dans le contexte parisien, où l'étendue du territoire, la multiplicité des figures du la question SDF et l'ampleur du phénomène sont propices au déploiement d'initiatives salariées ou bénévoles qui sont plus ou moins reconnues par les pouvoirs publics, les professionnels du secteur, ainsi que par les personnes sans-abri elles-mêmes (Arnal 2016). Au-delà de ce contexte particulier, la pratique de la maraude ne se limite pas au Samu social, ni même au territoire parisien (Pichon 2001). Sur le territoire de la métropole lilloise, plusieurs maraudes existent, avec des visées différentes. Le principal clivage qu'on peut observer entre elles tient au statut du travail qu'elles réalisent, selon que ce travail est salarié ou bénévole (1). En dépit de la reconnaissance du travail des maraudes bénévoles par la municipalité lilloise, seules les maraudes salariées sont considérées comme légitimes dans le système de prise en charge local : le bénévolat est alors synonyme d'amateurisme, le salariat de professionnalisme (2). Cette division sociale se double d'une division morale et de définitions concurrentes autour du *vrai* et du *sale* boulot de maraude (3).

1. Maraude, travail de rue et travail humanitaire

Sur le territoire de la métropole lilloise, une douzaine de maraudes interviennent auprès des sans-abri, dont cinq sont identifiées et financées pour des missions spécifiques (veille sociale et veille sanitaire principalement, qui peuvent se décliner selon diverses modalités). Les maraudes constituent l'un des derniers dispositifs du secteur de la prise en charge au sein duquel des bénévoles peuvent intervenir de façon quasi indépendante vis-à-vis de travailleurs salariés. Le peu de ressources matérielles nécessaires à la réalisation d'une maraude, notamment l'absence de local, explique en partie ce constat. Au-delà, ce sont les rapports ambivalents de la maraude au travail social et au travail humanitaire qui expliquent la propension des bénévoles à s'engager dans cette pratique. Pour ce qui est du travail social, Caroline Arnal a identifié des rapports « *ambigus* » de la maraude à celui-ci (Arnal 2016) : alors que ce dernier repose essentiellement sur une demande, formulée dans le cadre d'une relation de service en face à face, par un usager plus ou moins actif, la maraude intervient en amont de la demande, et à travers une démarche proactive des travailleurs de rue qui vont à la rencontre de personnes qui, pour certaines, ne demandent rien. Par ailleurs, les liens avec le travail et l'engagement humanitaires jouent également : ces derniers entretiennent eux-mêmes des rapports ambivalents à la professionnalisation, rejetant certaines injonctions au professionnalisme dès lors qu'il

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

s'opère au détriment de la « vocation », particulièrement valorisée dans le secteur (Dauvin et Siméant 2002) et propice à l'engagement bénévole (Havard Duclos et Nicourd 2005).

Ces liens originels apparaissent nettement dans les rapports d'activité de l'association qui porte le Samu social. Dans celui de 2004 – soit huit ans après la création officielle de l'association –, une distinction nette est encore opérée entre « *Samu social* » et « *Travail de rue* », chacun renvoyant à des pratiques différentes. Le Samu social est décrit de la manière suivante :

> Appelé aussi « antenne mobile » parce qu'il transporte l'équipe d'intervention auprès de ceux qui en ont besoin, [le Samu social] est le poste d'intervention représentatif d'un ensemble organisationnel, coordonné, nécessitant un plateau technique extrêmement important (parc automobile, gestion des stocks…) et une solide logistique.
>
> Le Samu social assure une *mission humanitaire sous forme d'aide alimentaire, de fourniture de couvertures, de vêtements et de produits d'hygiène et c'est au sein de ce dispositif que le bénévolat trouve naturellement sa place.*
>
> *Rapport d'activités 2004*, p. 5 (je souligne)

L'influence humanitaire, constitutive de la création du Samu social de Paris (Gardella 2014a), est ici assumée, revendiquée et même inscrite au cœur du fonctionnement du Samu social lillois. Elle se traduit par la distribution de biens et services de première nécessité : nourriture, vêtements, hygiène, soit précisément le type d'interventions aujourd'hui déléguées aux maraudes bénévoles. De ce point de vue, la seconde partie de l'extrait, qui opère une liaison entre « *mission humanitaire* » et dispositif où « *le bénévolat trouve naturellement sa place* », est particulièrement révélatrice de l'articulation étroite entre travail humanitaire, travail bénévole, la gratuité et l'engagement vocationnel assurant l'entretien de liens étroits entre eux (Dauvin et Siméant 2002 ; Simonet 2010). Alors que le travail bénévole s'inscrit dans un rapport de proximité avec le travail humanitaire, la maraude est présentée, quant à elle, comme plus proche du travail social. Il s'agit de :

> - Développer un travail de rue en direction des publics sans domicile fixe les plus exclus afin de créer ou de recréer un lien permettant d'entamer un travail de resocialisation.
> - Observer les phénomènes d'errance et de squat, établir une typologie des publics et repérer leur trajectoire.
> - Identifier les problématiques de ce public aux difficultés chroniques et proposer des actions en lien avec l'observatoire.
>
> Le travail de rue appelé aussi « maraude » est un dispositif souple mais organisé permettant d'aller au-devant d'un public très désocialisé.
>
> *Rapport d'activités 2004*, p. 6

Cet extrait met en lumière un dispositif davantage inscrit dans le travail social. La maraude est présentée comme un synonyme du travail de rue, et ses missions se démarquent de la rhétorique de l'urgence propre au travail humanitaire. Deux autres différences se font jour entre Samu social/travail humanitaire et maraude/travail de rue : d'abord, le Samu social vient

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en aide aux personnes visibles, le plus souvent signalées par des passants ou sollicitant d'elles-mêmes de l'aide par le biais du 115 ; à l'inverse, le travail de rue s'adresse à « *un public très désocialisé* », ou encore « *extrêmement défavorisé, sans demande et ne fréquentant plus aucune institution sociale* » (*Rapport d'activités 2006*, p. 9). Ensuite, alors que le travail de rue s'effectue principalement en journée dans l'optique de faire le lien avec les structures d'accompagnement, le Samu social opère à toute heure, y compris la nuit. Si cette distinction était très prégnante dans les rapports d'activité jusqu'à la première moitié des années 2000, elle tend ensuite, sinon à s'affaiblir, du moins à se reconfigurer. En 2006, le travail de rue parait se concentrer sur les situations d'occupation de squats, de troubles psychiques, de toxicomanies et « *d'errance* » : cette dernière n'est pas définie dans les rapports, mais elle fait écho au phénomène des « *jeunes en errance* », construit à partir du milieu des années 1990 (Pattegay 2001). Le travail de rue se focalise sur des situations de déviance qui exigent potentiellement un travail d'accompagnement à moyen ou long terme, tandis que le Samu social se destine de plus en plus aux personnes en détresse, critère de définition de l'urgence sociale (Gardella 2016b). De façon significative, on observe un rapprochement du contenu des pratiques dès 2007, qui se confirme dans les années qui suivent :

> L'évolution du nombre de personnes vivant en squats et en situation d'errance nous a amenés à mutualiser les interventions du Samu social et du Travail de Rue afin de favoriser une continuité de l'accompagnement et de faciliter une réflexion d'équipe.
>
> *Rapport d'activités 2007*, p. 5

> L'évolution du nombre de personnes vivant en squat et en situation d'errance a amené et a favorisé une mutualisation des interventions du Samu social et du travail de rue afin d'harmoniser et de mettre en cohérence une continuité de l'accompagnement dans une réflexion éducative commune.
>
> *Rapport d'activités 2008*, p. 10

Ces extraits soulignent la nécessité de ne plus distinguer trop nettement Samu social et travail de rue, en raison de l'évolution de la population des personnes à la rue et de leurs besoins et demandes, mais aussi parce que ces deux approches se révèlent complémentaires : « *mutualiser* », « *harmoniser* », « *mettre en cohérence* » les pratiques différenciées doit permettre la « *continuité de l'accompagnement* », « *une réflexion éducative commune* » et « *une réflexion d'équipe* ». La maraude apparait de plus en plus comme un tout cohérent, fait d'un ensemble de pratiques codifiées et appelées à se détacher du travail humanitaire pour mieux se rapprocher du travail social. Ce glissement n'est pas anodin et témoigne en réalité de la recherche d'une plus grande qualité des interventions, qui se traduit par un contrôle renforcé des travailleurs sociaux sur le travail bénévole et le travail humanitaire, contrôle avalisé par les pouvoirs publics. Alors que les maraudes professionnelles assuraient à la fois le travail d'accompagnement social et le travail humanitaire, parfois avec le soutien de bénévoles, l'essor d'initiatives citoyennes et la montée en charge du travail de rue amène à reconfigurer la division du travail de maraude.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

En effet, à partir de 2011, la DDCS du Nord et la ville de Lille encouragent l'encadrement et la coordination des maraudes bénévoles, deux tâches assurées par le Samu social. Cette démarche a été mise en œuvre dans le contexte parisien dès 2006, selon une logique de « l*abellisation* », c'est-à-dire de « *certification préalable* » des acteurs pouvant intervenir dans l'espace public (Arnal 2016). Dans la métropole lilloise, les initiatives les plus pérennes et les plus communément identifiées par les acteurs de la prise en charge sont le Secours Populaire, l'Ordre de Malte, Action froid, Unit'Aid, les Restos du Cœur, l'Île de Solidarité et le collectif des SDF de Lille. À échéance régulière, des groupuscules identitaires racistes organisent aussi des distributions de nourriture destinées à ceux qu'ils appellent « nos SDF », ciblant les sans-domicile français : davantage que des maraudes, ces distributions s'inscrivent dans des stratégies de communication xénophobes et largement infondées[137]. La coordination a vocation à connaitre et organiser les maraudes pouvant légitimement intervenir sur le territoire métropolitain, afin d'éviter leur trop forte concentration, voire leur superposition. La légitimité à marauder est elle-même liée à l'institutionnalisation des différentes initiatives et à leur capacité à maintenir leur engagement dans le temps. Sur le site Internet des maraudes, il est ainsi précisé :

> La coordination n'a pas la possibilité de recenser toutes les initiatives citoyennes (qui par ailleurs naissent surtout en période de fête et pendant la période hivernale) et ne peut donc établir de partenariat alors qu'il s'agit d'actions spontanées. Les candidats au bénévolat sont donc invités à prendre directement contact avec les associations ou à se rendre à la maison des associations[138].

L'étendue des services réalisables par les bénévoles est limitée, alors même que les « *initiatives citoyennes* » sont nombreuses. Comme le signale par ailleurs l'extrait cité, leur déploiement fluctue de façon saisonnière, avec un surinvestissement durant l'hiver et une présence beaucoup moins soutenue, voire défaillante, le reste du temps. La coordination contribue à filtrer les initiatives diverses : l'affiliation de ces dernières à des associations déjà existantes contribue à stabiliser les engagements individuels (Havard Duclos et Nicourd 2005), à gérer les incertitudes qui peuvent y être liées, et à les socialiser avec des pratiques validées par la coordination des maraudes (Hély et Simonet 2013). La coordination joue ainsi un rôle ambigu vis-à-vis des maraudes bénévoles : d'une part, elle contribue à reconnaitre la légitimité

[137] Identifiés à travers un stéréotype raciste de ce qu'est être français selon ces groupuscules, notamment la couleur de peau blanche et la capacité à s'exprimer dans un français correct. J'ai été confronté à ces maraudes lors de l'hiver 2018, à travers une campagne de désinformation réalisée dans le centre-ville de Lille, expliquant notamment à travers des affiches que « pendant qu'un SDF français fait la manche, un migrant est hébergé à l'hôtel par l'État français », message suivi d'un hashtag twitter #lesnotresavantlesleurs. Je l'ai signalé au cadre de la veille sociale, et celui-ci m'a expliqué que « ce n'est malheureusement pas la première fois », avant de transférer l'information à la coordination des maraudes (email du 13 février 2013).

[138] Des articles de presse témoignent de cet élan « citoyen » et des initiatives de la « société civile », particulièrement en hiver. Voir par exemple : http://www.lavoixdunord.fr/114944/article/2017-02-06/un-elan-de-solidarite-spontane-en-faveur-des-personnes-marginalisees, ou http://www.lavoixdunord.fr/88587/article/2016-12-12/des-etudiants-organisent-une-grande-maraude-pour-offrir-du-reconfort-aux-sdf, toutes pages consultées le 28 novembre 2017.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de certaines à intervenir auprès des personnes sans-abri en les invitant à la table des discussions. L'obligation de demande d'occupation de l'espace public à la ville de Lille témoigne de cet enjeu de légitimation. Néanmoins, la contrepartie de cette reconnaissance tient à une définition stricte de leur champ d'intervention et des tâches qu'elles peuvent réaliser sans toucher aux prérogatives des salariés : les maraudes bénévoles suivent ainsi des parcours précis, qui doivent être communiqués en amont à la « coordination des maraudes ». Autrement dit, la coordination dispose d'un mandat de régulation qui lui permet d'attribuer des licences aux différentes maraudes (Hughes 1958). En réalité, ce mandat ne s'exerce qu'auprès des maraudes bénévoles. Les maraudes salariées ne s'y sont pas soumises et la coordination s'apparente davantage à un outil à leur service – *a fortiori* puisqu'elle est assurée par une salariée du Samu social – qui leur permet de mieux assurer le contrôle et la délégation des tâches.

Les services assurés par les maraudes bénévoles relèvent ainsi principalement de ce que le Samu social identifiait, au début des années 2000, comme relevant de l'aide humanitaire, soit de la distribution de biens de première nécessité, en premier lieu des repas chauds, de l'eau et du café. Certaines maraudes peuvent aussi distribuer des kits d'hygiène, obtenus *via* des appels à projets portés par la municipalité, mais qui ne permettent pas de financer d'embauche salariée. Ces kits contiennent du savon, du shampoing, un rasoir, de la mousse à raser, des préservatifs. La plupart des maraudes bénévoles étant pédestres, leur champ d'action est limité et se concentre sur des petits secteurs, facilement accessibles. Le centre de Lille est tout particulièrement investi dans la mesure où s'y trouvent de nombreuses personnes sans-abri. La pratique de la manche y est identifiée comme plus rentable du fait de la présence de commerces, de sa fréquentation et de son accessibilité piétonne (Schlegel 2013). À l'inverse, les maraudes salariées sont plus spécifiquement chargées du travail d'accompagnement socioadministratif et sanitaire des personnes en rue. Elles cherchent à réaffilier sur le long terme les personnes les plus engagées dans le processus de désaffiliation et tentent de les ramener vers les dispositifs du système de prise en charge. Sur le territoire métropolitain, plusieurs maraudes salariées ont des rôles et des fonctions différents : celles du Samu social et d'autres associations salariées sont chargées d'assurer la veille sociale et l'accompagnement socioadministratif de personnes marginalisées ; celles d'un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés aux usages de drogues (CAARUD) et celles de deux Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) interviennent spécifiquement sur des problématiques sanitaires (usages de drogues, pathologies et troubles psychiques). Ces spécificités contribuent à une répartition des tâches selon les disciplines et les thématiques propres aux différentes maraudes. Des partenariats existent afin de réaliser des maraudes communes, de partager des informations ou des pratiques professionnelles ou de mettre en œuvre l'accompagnement perçu comme le plus pertinent au regard des problèmes rencontrés par les personnes en rue et contribuent à articuler au mieux veille sociale et veille sanitaire (voir section 3). Ces réunions existent indépendamment de la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

coordination des maraudes et témoignent de la recherche d'un entre-soi salarié, c'est-à-dire, ici, d'un entre-soi professionnel qui permet de mettre à distance le travail bénévole, largement assimilé à de l'amateurisme.

2. Maraudes salariées et bénévoles… professionnelles et amateures

Dans sa thèse consacrée aux « *dynamiques de frontières* » dans les maraudes parisiennes, Caroline Arnal décrit en détail les tensions entre maraudes bénévoles et maraudes salariées (Arnal 2016). Les paradoxes qu'elle souligne, autour de formations visant à l'apprentissage d'une « *activité relationnelle* », témoignent des enjeux autour de la reconnaissance du travail de maraude et des statuts de réalisation de celui-ci (Arnal 2015b). Les matériaux recueillis dans cette thèse sont largement congruents avec les résultats d'Arnal. Dans le cas des maraudes comme dans nombre d'autres situations – en particulier dans le domaine sportif (Weber et Lamy 1999 ; Fleuriel et Schotté 2016) –, le salariat est synonyme de professionnalisme et le bénévolat d'amateurisme. L'extrait d'entretien suivant, réalisé avec une maraudeuse salariée, le souligne directement :

> C'est un peu ce qu'on vit avec les maraudes bénévoles qui font leur truc de leur côté, avec qui on a du mal à travailler parce que… parce que, amateures, parce que bonne volonté mais dispersées, et du coup ça remet en question tout ce qu'on avait installé depuis longtemps.
>
> Valentine, éducatrice spécialisée, maraudeuse, 34 ans

Des relations de concurrence se font jour autour des revendications de légitimité sur les pratiques d'intervention auprès des personnes en rue. En résultent des tensions : Arnal montre bien les enjeux de reconnaissance des savoirs et des pratiques légitimes entre maraudeurs bénévoles et salariés. Les premiers sont couramment accusés de parasiter les relations d'accompagnement, de court-circuiter voire d'annihiler le travail réalisé par les maraudeurs salariés. Et ces derniers se voient en retour reprocher une forme d'égoïsme, et d'être davantage préoccupés par la protection et la mise en valeur de leur statut que par l'aide aux personnes sans-abri (Arnal 2012). En dépit de cette mise à distance réciproque et de l'existence bien perceptible de frontières entre ces catégories d'acteurs – qui renvoient à des catégories de tâches, de représentations et de pratiques –, la maraude fournit une illustration archétypique de la porosité entre travail bénévole et travail salarié dans le monde associatif ainsi que des relations de coopération et de concurrence qui en résultent (Hély 2009 ; Hély et Simonet-Cusset 2013). On l'a déjà évoqué : la division des tâches entre salariés et bénévoles s'opère principalement selon l'ordre des besoins. Aux bénévoles les premières nécessités (se nourrir, avoir une hygiène minimale), aux salariés le travail de création et de maintien de lien social, et plus largement d'accès aux droits socioadministratifs. Cette tâche est d'autant plus nettement

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

revendiquée – et déniée aux bénévoles – qu'elle s'exerce auprès de personnes identifiées comme plus difficiles à prendre en charge parce que n'ayant pas, peu ou plus recours de leur propre initiative aux dispositifs d'accueil. Dans le cadre de cette thèse, les observations n'ont été réalisées qu'auprès des maraudes salariées, et seuls leurs témoignages sont mobilisés. Sans pouvoir tirer de conclusion nette, on fait néanmoins l'hypothèse que les prises de position des maraudeurs salariés sont représentatives des luttes qui se font jour dans la professionnalisation du secteur. De façon générale, on peut avancer que ces prises de position témoignent d'une certaine ambigüité : tout en s'inscrivant dans un processus de légitimation/délégitimation des pratiques propres aux deux groupes, les maraudeurs salariés reconnaissent, parfois implicitement, certains mérites aux maraudes bénévoles, ne serait-ce que parce qu'ils assurent ce qui s'apparente à du « sale boulot », qui autrement reviendrait aux salariés. À une échelle plus large et plus abstraite, les maraudes bénévoles assurent un travail gratuit palliant partiellement le sous-effectif structurel qui affecte les maraudes, au même titre que le système de prise en charge et de nombreux pans des mondes associatifs (Simonet 2018). L'extrait d'entretien suivant, réalisé avec un maraudeur salarié permet d'introduire cette ambigüité :

> Y'a une grosse fraction [fracture, friction ?] entre maraudes bénévoles et maraudes professionnelles, que moi je n'effectue pas par exemple. Avec Valentine, c'est une grosse source de désaccord […]. Les professionnels du social, les éducateurs, sont sûrs que les maraudes bénévoles sont des connards. Moi je crois que c'est plus compliqué que ça. Ce qu'ils oublient, les éducateurs, c'est que tout le travail social depuis la nuit des temps, si on peut l'appeler le travail social, la charité si on veut, ça a été créé par des bénévoles… ou des religieux, mais qui sont des bénévoles de Dieu si on veut. Donc de croire que les bénévoles sont des cons, c'est se tromper éperdument, croire qu'ils sont nuls c'est vraiment se tromper. Moi je préfère un gars qui est pas payé et qui est nul, qu'un gars qui est payé, qui se la joue pro et qui est nul. Lui c'est vraiment tragique. Donc ça c'est une chose.
>
> David, moniteur-éducateur et maraudeur, 32 ans

Le maraudeur salarié défend ici le travail bénévole, quitte à s'opposer à certains de ses collègues travailleurs sociaux. Il est néanmoins révélateur qu'il n'effectue qu'une comparaison entre un bénévole « *nul* » et un salarié « *qui se la joue pro et qui est nul* », le premier posant moins de problèmes car n'étant pas rémunéré pour son action. S'il n'évoque pas la possibilité d'un bénévole compétent[139], ce n'est pas parce qu'il attacherait spécifiquement cette « *compétence* » aux statuts de « *professionnel du social* », ou au statut d'éducateur, vis-à-vis desquels il témoigne d'un rapport clivé dans le cadre de l'entretien, que sa trajectoire socioprofessionnelle explique en partie (encadré 5.10).

[139] Dans le cadre de son étude sur des maraudeurs catholiques, Erwin Flaureau souligne que certains travailleurs sociaux identifient des bénévoles comme plus compétents qu'eux (Flaureau, thèse en cours).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 5.10 : la trajectoire socioprofessionnelle de David, moniteur-éducateur et maraudeur salarié.

David a 32 ans au moment de l'enquête. Il travaille dans son association depuis 2009, d'abord à temps partiel puis à temps plein. Préalablement, il a fait de courts stages dans différents dispositifs de l'association, qu'il connait par ailleurs depuis son adolescence : il a grandi à proximité de l'accueil de jour et a été amené à rencontrer des travailleurs sociaux de l'association qui l'emploie aujourd'hui en s'intéressant aux demandeurs d'asile dans le cadre des Travaux personnels encadrés (TPE), épreuve anticipée du baccalauréat. Ces éléments doivent être rapportés au fait que son père l'incite à aller voir « *du côté de [l'association qui l'emploie]* », parce que « *ce qu'ils font est intéressant* ». Lui-même a été animateur socioculturel à Roubaix dans les années 1970-1980. Comme sa mère, ancienne « établie », le père de David appartient aux milieux maoïstes. Paula Cossart et Julien Talpin les identifient parmi les principaux meneurs de la frange « gauchiste » de la mobilisation qui a lieu dans le quartier de l'Alma-Gare à partir des années 1970 (Cossart et Talpin 2015), la seconde étant regroupée autour du Mouvement populaire des familles, mouvement catholique de gauche issu de la Jeunesse ouvrière chrétienne (Duriez 1988 ; Chauvière et Duriez 2006). Toutes deux s'uniront assez rapidement dans le cadre du premier Atelier populaire d'urbanisme, association militante de défense du droit au logement et à l'habitat, créée en 1974, et qui connait aujourd'hui divers prolongements (Delfini 2017).

Ces influences se retrouvent chez David. Il explique avoir beaucoup fréquenté les centres sociaux et s'être précocement tourné vers le travail social. Il est accepté en « école d'éduc » dès ses 18 ans, mais n'obtient pas son baccalauréat. L'année suivante, il obtient son bac, mais se voit refuser l'entrée en école d'éducation spécialisée, au motif que son projet professionnel n'a pas suffisamment évolué. Il se tourne vers l'Université, où il suit cinq années d'enseignement en sociologie et en histoire. Au moment de l'entretien, il est engagé dans une procédure de Validation d'acquis d'expérience (VAE), afin d'obtenir une certification d'éducateur spécialisé. Il n'en garde pas moins un ressentiment marqué pour le travail social dans sa forme la plus instituée, qualifiant celui-ci de « *corporation de merde* », « *même si [ses] collègues sont très gentils* » et ajoute « *rien que le terme [d'éducateur] est foireux, les écoles sont foireuses : on a créé ces écoles d'éducateurs pour flinguer le militantisme* ». David est la personne qui, tout au long de l'enquête, a témoigné le plus nettement de la politisation de son engagement à travers ses prises de position et sa pratique et s'est en cela distingué de la plupart des travailleurs sociaux rencontrés.

L'ambigüité de David vis-à-vis des maraudes bénévoles se retrouve dans la suite de l'entretien. Ce n'est pas tant le statut bénévole ou salarié qui parait problématique, que le sens donné à la maraude en tant que pratique :

> Ensuite, y'a plusieurs maraudes qui sont effectives et qui marchent bien aujourd'hui à Lille. Y'a le Samu social : j'ai des grosses critiques à faire sur le Samu social et sur leur fonctionnement, mais les salariés, en tous cas ceux qui sont dans la rue, sont des mecs qui réfléchissent et qui connaissent les rouages, qui bossent en partenariat et qui sont des gens bien. En termes de professionnels, ils sont bien. Y'a les Restos du cœur, qui sont là depuis des années aussi, et qui font de la maraude. Parce que c'est ça mon problème : y'a ceux qui font de la maraude, et y'a ceux qui disent en faire, et qui en font pas. Faire de la maraude, c'est pas bouger en safari, avec des couleurs sur son habit pour se démarquer du pauvre qu'on vient aider et donner des lieux de rendez-vous. C'est pas ça la maraude : la maraude, c'est aller vers les gens qui veulent rien, et essayer de refaire société avec eux, essayer de se poser, même quand on te dit « *dégage !* ». Tu te poses, tu fumes une cigarette, tu demandes comment ça va. […] Ce que font les gens, ils font de l'aumône. Leur manière de faire de la maraude, c'est humiliant, c'est pas respectueux, c'est dégueulasse, c'est dégradant. […] C'est pas des maraudes ce qu'ils font, c'est de l'aumône. Et l'aumône, c'est un gros truc de connard.
>
> David, moniteur-éducateur et maraudeur salarié, 32 ans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

La critique s'amplifie au fur et à mesure que David déploie son argumentation. Cette première critique se concentre sur une dimension centrale de la maraude : la mobilité et la démarche des personnes qui revendiquent la pratiquer. C'est le fait d'« aller vers » qui la caractérise et induit une dimension proactive forte, qui distingue la maraude d'autres métiers et pratiques du travail social (Cefaï et Gardella 2011 ; Arnal 2016). Plus précisément encore, cet *aller vers* est dirigé vers une population spécifique, à savoir celles et ceux qui « *ne veulent rien* ». David oppose ainsi la dimension proactive de « l'aller vers » aux « *points de distribution d'aumône* », ce « *truc de connard* ». De sorte que pour ce salarié, seule une fraction des bénévoles, ceux qui ne s'inscrivent pas dans la démarche mobile et proactive propre aux maraudes, parait problématique et fait spécifiquement l'objet d'un travail de distinction. Sa collègue marque davantage les distances entre salariés-professionnels et bénévoles-amateurs au regard de ce à quoi est supposée renvoyer la maraude :

> Après y'a de plus en plus de bénévoles. Nous on rencontre des gens… la dernière fois, y'avait un groupe de personnes au Palais Rameau, avec Stéphane [un sans-abri] et sa clique, ils nous disent « *bah vous êtes qui ?* » (rires). Donc je dis « *bah vous, vous êtes qui ?* » ; « *des citoyens solidaires !* » ; « *ah bon bah nous on est l'association X* » ; « *ah c'est quoi ?* ». Du coup on a discuté, et puis eux ils allaient simplement voir, c'était des voisins qui allaient voir les gars de la rue, discuter… On a l'impression que ça se fait de plus en plus. Ceci dit, ça reste très rare, et puis ceci dit, qu'est-ce qu'ils vont faire ? Il faut passer par toutes les merdes bureaucratiques pour ouvrir les droits, c'est pas le tout d'être solidaire ! C'est un métier.
>
> Valentine, éducatrice spécialisée et maraudeuse, 34 ans

La critique porte ici sur des personnes qui ne revendiquent pas d'agir dans le cadre de la maraude, mais au nom d'une « *citoyenneté solidaire* ». La réaction de Valentine est néanmoins révélatrice et particulièrement significative des enjeux de définition de la maraude : au-delà de sa dimension solidaire, celle-ci correspond à un ensemble de pratiques codifiées, un « *métier* » avec sa part de tâches ingrates, ici les « *merdes bureaucratiques* ». Contrairement à David, Valentine a connu une trajectoire socioprofessionnelle qui la prédispose davantage à rattacher la maraude au travail social (encadré 5.11).

Encadré 5.11 : la trajectoire socioprofessionnelle de Valentine, éducatrice et maraudeuse salariée.

À l'issue de son bac, Valentine s'oriente vers la faculté d'histoire de Reims, où elle passe quatre ans : « *deux premières années, deux deuxièmes années* ». Elle travaille parallèlement à l'organisation de concerts, ce qui l'amène à abandonner la fac pour finalement intégrer une école d'éducation spécialisée. Elle s'engage au même moment dans une licence de sciences de l'éducation, qu'elle ne valide pas. Elle explique s'être tournée vers le travail social par un mélange de « *hasard* » et d'influence de son entourage, puisqu'un certain nombre de ses proches sont travailleurs sociaux. Les « *valeurs* » du travail social, et en premier lieu « *l'altruisme et l'humanisme* » lui font écho. Elle rencontre son association employeuse à travers son stage de fin d'études en 2009, après qu'un camarade de promotion lui a parlé de l'association. Au moment où elle fait son stage, une rupture amoureuse la place dans une situation socioéconomique complexe, et elle ne valide pas son mémoire de fin d'études. Elle est néanmoins engagée pour des renforts hivernaux à l'hiver 2010, puis pour un remplacement de congé maternité quelques mois plus tard, avant de signer un CDI à la fin de l'année 2010. Elle repasse sa troisième année d'études en réalisant un mémoire sur la maraude, année qu'elle valide facilement. Au moment de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'entretien, elle se dit très contente d'être là où elle est, et ne pas se voir travailler pour une autre association que celle qui l'emploie actuellement. Elle souligne néanmoins le poids induit par les horaires décalés de la maraude, qui l'incitent finalement à changer de poste au début de l'année 2019, en acceptant un poste de coordination… des bénévoles, toujours au sein de la même association.

En accord avec sa conception du « métier », Valentine souligne que la maraude implique un travail soutenu et continu, indépendant des rythmes saisonniers qui influent sur les maraudes bénévoles :

> Je pense que si y'a beaucoup de maraudes bénévoles [l'hiver], c'est aussi parce qu'à la télé on parle des SDF que l'hiver. Y'a pas de maraudes l'été, y'a pas de gens qui vont dans la rue donner de l'eau… là y'a 10 millions de gens qui viennent donner des pulls, des couvs [couvertures], des machins en pensant que les gens meurent avant tout de froid. Mais on sait que non.
>
> Valentine, éducatrice spécialisée, maraudeuse, 34 ans

Dans ces extraits, la distinction entre maraudes professionnelles et amateures porte principalement sur la démarche mise en œuvre et sa pérennité (opposée à la saisonnalité du traitement de la question SDF (Damon 2003)). Pour mieux s'en démarquer, Valentine rappelle ainsi les tâches assurées par les maraudes bénévoles qui se cantonnent à de la première nécessité.

3. Le sale boulot et le vrai boulot de la maraude

Le cantonnement, par les salariés, des tâches qui peuvent être assurées par les bénévoles constitue finalement le trait le plus marquant du rapport de distinction entre ces deux catégories d'acteurs. Chargés du travail d'accompagnement, les salariés rechignent parfois ostensiblement à réaliser des tâches perçues comme relevant du travail bénévole. Ces tâches constituent l'essentiel du « *sale boulot* » de la maraude (Hughes 1962), sans néanmoins s'y limiter, et elles font l'objet d'un rejet particulièrement visible parmi les maraudeurs salariés (encadré 5.12).

Encadré 5.12 : notes de terrain, maraude avec le Samu social, distribution de paniers-repas.

6 juin 2016, maraude de soirée, 17h30-23h30. Michal (agent d'accueil) et Alexis (éducateur).

Quand j'arrive pour la maraude, Alexis semble énervé. Ça se confirme rapidement : le Samu social a reçu un don alimentaire important (300 paniers-repas non consommés lors d'un congrès professionnel). Alexis m'explique l'ambigüité de la situation : les maraudes alimentaires ne relèvent pas de leur travail, ça n'est pas au Samu social de faire ça. Et néanmoins, ils ne peuvent pas refuser un don. D'habitude, les dons transitent par le Samu social, mais sont redistribués aux maraudeurs bénévoles. Sylvain, le cadre éducatif du 115 et des maraudes, comprend la frustration d'Alexis, mais lui signifie sans ambigüité que la priorité de sa maraude sera de distribuer les paniers-repas. Nous commençons donc la maraude. Alexis peste, Salma compatit et nous souhaite bon courage.

Dans le fourgon, Michal, l'agent d'accueil qui conduit, et Alexis, l'éducateur spécialisé entament immédiatement une discussion animée autour du don alimentaire. Michal explique que c'est très bien : les gens ont faim, et sont heureux qu'on leur donne à manger. Alexis est d'accord, mais estime que « *ce*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

n'est pas au Samu social de faire ça ». Les arguments se répètent de part et d'autre : pour Michal, il est important de réaliser ce genre de maraudes. Alexis ne les remet pas en question en soi, mais le fait que le Samu social soit contraint de les réaliser, alors qu'il pourrait faire d'autres choses – implicitement dans le discours d'Alexis, plus importantes.

Si Michal conduit le camion, c'est Alexis qui la dirige. Nous partons donc avec l'objectif identifié de nous « *débarrasser* » au plus vite de la nourriture, pour passer à autre chose et « *faire de la maraude* » derrière. Alexis explique qu'il faut tout de même garder quelques paniers-repas pour les « *grands marginaux* » de la seconde partie de soirée. Il décide de passer par des camps de Roms, avec l'idée que les paniers seront d'autant plus rapidement distribués. Il précise que « *l'accompagnement est différent avec eux* », tout en se défendant de stigmatiser et en précisant qu'il parle ici des droits et de l'accès, très restreint, à l'hébergement. De fait, c'est une des rares fois où une maraude à laquelle j'assiste intervient dans un campement Rom. Nous distribuons une grosse cinquantaine de paniers à un groupe d'une douzaine de personnes, vivant à côté du périphérique lillois. Puis nous partons pour le parc des Olieux, dans le quartier de Moulins, où de jeunes migrants sont installés depuis plus d'un an[140]. Ici aussi, c'est la première fois que je m'y rends dans le cadre d'une maraude du Samu social. De fait, de l'aveu même d'Alexis, « *ils [les maraudeurs] ne vont pas suffisamment* » vers ces populations : comme les Roms, elles sont considérées par les professionnels comme devant faire l'objet d'un accompagnement spécifique, dans la mesure où les droits auxquels elles ont accès sont différents de ceux des ressortissants nationaux ou européens. Nous distribuons environ 100 paniers-repas aux Olieux.

Nous passons ensuite par un autre camp de Roms, situé entre les quartiers de Fives et d'Euralille, une nouvelle fois à proximité de la rocade. Ce sont une dizaine de personnes qui viennent vers le camion : ici encore, nous distribuons plus de 60 repas, avant de rentrer aux locaux du Samu social pour manger. Même si nous avions préparé nos gamelles, chacun mangera un, voire deux paniers-repas.

À la fin de cette maraude, plus de 70 sachets n'ont pas été distribués et doivent par conséquent être jetés car ils ne peuvent être conservés, officiellement pour des raisons d'hygiène. Les pratiques et discours d'Alexis tout au long de la soirée donnent une idée, sinon de sa conception du travail de maraude, du moins de ce qu'il n'est pas, idée largement partagée par ses collègues éducateurs : la distribution alimentaire ne relève pas de sa compétence, et réaliser cette tâche est perçu comme une dépréciation de son travail. Alexis a plusieurs années d'expérience dans la maraude, mais dans d'autres contextes : il fait souvent des comparaisons avec la situation bruxelloise, où il a également travaillé pour le Samu social. Par ailleurs, il est le maraudeur qui, au sein de l'équipe, s'est spécialisé dans l'accompagnement des personnes les plus marginalisées par les dispositifs de prise en charge en raison de leurs comportements déviants (usages de drogue ou liés à des troubles psychiques, suspectés ou avérés). Il revendique cette spécialisation, et la distribution alimentaire constitue pour lui un net déclassement symbolique parce qu'elle est l'archétype du sale boulot. Michal est plus nuancé. Il traduit les effets de position dans la division du travail entre agents d'accueil et éducateurs : pour lui, la distribution alimentaire relève du bon sens et du travail de la maraude. Dans les maraudes du

[140] À Lille, la situation de vulnérabilité de ces jeunes migrants a fait et fait encore l'objet de mobilisations importantes, initiées par des collectifs militants et une partie du champ associatif institué. Plusieurs squats collectifs ont été successivement ouverts après que le parc en question a été évacué, et ont eux-mêmes fait l'objet de procédures d'expulsion. Parallèlement, plusieurs décisions judiciaires ont rappelé à l'ordre la municipalité lilloise et le département du Nord pour les manquements à leurs obligations en matière d'hygiène publique et de prise en charge socioadministrative des personnes reconnues mineures.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Samu social, les agents d'accueil sont chargés de donner de l'eau, du café et des gâteaux, afin d'amorcer la relation d'accompagnement mise en œuvre par l'éducateur spécialisé. La définition du sale boulot est donc fluctuante, de même que celle de ce que l'on peut appeler à la suite d'Alexandra Bidet le « *vrai boulot* » (Bidet 2010). Il nous semble néanmoins nécessaire d'envisager celui-ci dans une perspective relationnelle, en le rapportant à la position occupée et aux rapports qui structurent les relations de travail[141]. La division morale du travail est inextricablement liée à sa division sociale, ce qu'illustre bien la fin de la maraude décrite plus haut (encadré 5.13).

Encadré 5.13 : notes de terrain, un signalement du 115.

6 juin 2016, maraude de soirée (suite).

Après notre pause dans les locaux du Samu social, la maraude reprend. Il est tard, Alexis a prévu de voir un ou deux de ses suivis, mais désespère du peu de temps qu'il reste […]. En route, Redouane du 115 nous signale une personne à proximité du CHRS d'Halluin. Sur place, nous découvrons un homme bien connu des maraudes, un « grand marginal » qui a passé plusieurs décennies entre la rue et les structures de prise en charge. L'homme est complètement ivre, couché par terre. Il s'est uriné et déféqué dessus, et dort parmi des sacs plastiques dont il est difficile de savoir si ce sont des poubelles ou ses affaires. Des compagnons d'ivresse, hébergés dans le CHRS à proximité contrairement à l'homme qui est lui hébergé dans un CHRS du Vieux-Lille, nous aident à le relever et à l'installer dans le camion. Il est 22h50 lorsque nous quittons les lieux : Michal s'énerve, car il pressent que du temps de travail supplémentaire est à prévoir pour nettoyer le camion après avoir raccompagné l'homme. Dès le départ, il a ouvert en grand toutes les fenêtres du camion en raison de l'odeur dégagée par l'homme et roule très vite. Alexis a d'abord ri, puis essayé de nouer le contact avec l'homme, ce qui se révèle difficile. Il ne parait pas dérangé par la situation.

Les rôles sont ici inversés par rapport à ce que l'on a décrit plus haut. Michal est exaspéré par la situation, tandis qu'Alexis parait davantage à son aise. La prise en charge d'une personne qui sent mauvais et qui est sale donne une illustration assez emblématique des fluctuations de la définition légitime du travail de maraude, et de l'oscillation des délimitations entre « *sale* » et « *vrai* » boulot (Hughes 1962 ; Arnal 2015), dans un secteur d'activité dont les frontières professionnelles, statutaires et institutionnelles sont elles-mêmes fluctuantes (Hély 2008b, 2009). Ce que des éducateurs considèrent comme leur cœur de métier est susceptible d'être rejeté par les agents d'accueil et les bénévoles, et réciproquement. Si l'on s'en tient aux rapports entre travail bénévole et travail salarié dans la maraude, on peut avancer l'idée d'une homologie entre le salariat et le professionnalisme, d'une part, le bénévolat et l'amateurisme, d'autre part, et de leur antagonisme. Au-delà du statut du travail néanmoins, c'est davantage son contenu et les tâches qui le composent qui font l'objet d'efforts de distinction et de délégation.

[141] En cela, on s'écarte des travaux qui suggèrent que « *les valorisations développées au travail ne résultent pas seulement d'interactions entre professions, entre travailleurs ni avec leur public* », dans le prolongement desquels s'inscrit Bidet.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

II. Les maraudes salariées et la légitimation d'une position intermédiaire

À Lille, deux maraudes salariées mettent en œuvre la veille sociale : le Samu social, et « Lille Solidaire ». Elles sont sensiblement différentes dans leur fonctionnement, pour deux raisons principalement. D'une part, il y a l'ampleur des deux dispositifs. D'un côté, deux équipes de deux maraudeurs ayant chacune des missions spécifiques sont chargées du travail de veille sociale, tandis qu'au Samu social ce sont une douzaine de personnes, auxquelles s'ajoutent des renforts hivernaux. D'autre part, seuls les maraudeurs du Samu social travaillent en liaison avec le 115. Ceux de Lille Solidaire évoluent sans signalement, de manière plus ou moins aléatoire, ou à l'inverse en allant à des endroits précis afin de retrouver certaines personnes déjà identifiées. Ces différences ne sont pas anodines : plus ancien et nationalement reconnu, le Samu social jouit d'une forme de légitimité traditionnelle (Weber 1921). De fait, il incarne une référence constante dans les témoignages des maraudeurs de Lille Solidaire. Les maraudes bénévoles sont aussi l'objet de critiques, qui oscillent néanmoins avec la reconnaissance de divers mérites. L'ambivalence de ces références fréquentes traduit bien la position intermédiaire des maraudes de Lille Solidaire vis-à-vis de ces acteurs. Afin d'analyser cette position intermédiaire, on s'attache ici à présenter ces maraudes. Celles du Samu social feront l'objet d'une analyse détaillée dans le point suivant. Deux équipes de deux maraudeurs travaillent à Lille Solidaire (encadré 5.14). La première est la « *maraude générale* », créée à la fin des années 1990 et officialisée en 2009, dans un rapport de concurrence vis-à-vis du Samu social (1). Elle s'est progressivement structurée et engagée dans un travail de légitimation, en s'appuyant sur une rhétorique professionnelle qui met l'accent sur ce qui la distingue des maraudes bénévoles (2). Une « *maraude Transport* » existe également dans l'agglomération lilloise, portée par l'Abej. Elle réalise des maraudes dans les transports publics de la métropole, avec une optique de contrôle social qui participe de la légitimation de son action (3).

Encadré 5.14 : en maraude avec Lille Solidaire.

Six observations ont été réalisées avec les maraudeurs de Lille Solidaire, sur des plages horaires différentes : deux entre 17h et 1h du matin, une en journée, et une en matinée. Les maraudeurs n'ont pas d'habits spécifiques, contrairement à la plupart des bénévoles, qui portent des chasubles floquées au nom de leur association, et contrairement aux maraudeurs du Samu social, qui possèdent des vestes chaudes floquées « Samu social » dans le dos, ainsi que des chaussures de sécurité. De même, le véhicule de la maraude de Lille Solidaire est banalisé, tandis que les camions et camionnettes du Samu social en portent l'inscription. Les maraudeurs de Lille Solidaire possèdent du café, de l'eau et des gâteaux dans le coffre de leur camionnette. Ils se déplacent principalement dans les limites de la commune lilloise, à la recherche d'interstices, nouveaux ou déjà identifiés, où peuvent se réfugier des personnes sans-domicile. Lorsqu'ils repèrent une personne sans-domicile à partir ou un lieu susceptible d'être occupé, ils garent la camionnette et s'approchent à pied en annonçant leur présence. Ils proposent

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

un café, de l'eau, un peu de nourriture, avant de parler des dimensions abstraites de l'accompagnement : démarches administratives, accès au soin, démarches éducatives…

Au cours des maraudes, j'ai adopté un positionnement intermédiaire, entre observation directe et observation participante : l'absence d'habit spécifique m'a permis de me fondre dans la maraude, mais la plupart des interactions avaient lieu entre les salariés et les usagers. Je pouvais intervenir en renfort, notamment lorsque nous allions à la rencontre de groupes d'usagers, principalement pour recueillir des requêtes et les relayer aux salariés, ou distribuer des boissons et de la nourriture. Les trajets en voiture étaient l'occasion de discussion avec les maraudeurs sur des thématiques variées (le Samu social, les maraudes bénévoles, les usagers, etc.), qui ont largement contribué, bien que de manière informelle, à ma compréhension du fonctionnement du système de prise en charge.

1. Les origines de la *maraude générale*

La maraude générale a été officiellement créée en 2009. Néanmoins, avant cette création formelle, un travail de rue était déjà réalisé par l'un des plus anciens salariés de Lille Solidaire, Jean, qui y consacrait une partie de son temps de travail, et par une bénévole longtemps investie au sein de l'association :

La maraude, elle a été mise en place à quel moment ?

Y'a toujours eu… enfin, je crois que ça faisait quelques années que Jean faisait une sorte de mi-temps maraude, mais c'était une maraude beaucoup plus informelle, même si elle avait du sens, hein. Il bossait avec une dame, qui est une religieuse du parvis Saint-Maurice, qui est quelqu'un de bien, avec qui on continue de bosser. Mais ils connaissaient les gens à la rue, et puis ils faisaient un lien avec des personnes qui venaient là ou qui ne connaissaient pas ici.

David, moniteur-éducateur et maraudeur salarié, 32 ans

Y'avait pas de chef de service, donc le chef de la maraude, c'était le directeur du pôle accueil, et c'était le référent on va dire. Enfin, non, c'était le chef : le référent, c'était Jean, qui historiquement est le travailleur de rue de Lille Solidaire. C'est lui qui allait dans la rue une fois par semaine pour aller raccrocher les gens au dispositif, à l'accueil, etc. Y'a jamais eu de poste financé du temps de Jean. C'était un peu son bébé, son idée, c'était son projet.

Valentine, éducatrice spécialisée et maraudeuse, 34 ans

S'il est difficile de dater précisément son origine, la pratique de la maraude à Lille Solidaire n'est donc pas récente : selon Valentine, elle remonte au milieu des années 1990. Son statut est d'abord ambigu puisqu'elle se situe au carrefour du travail formel et du travail informel, du bénévolat et du salariat. Le travailleur de Lille Solidaire dont il est question passe quelques heures de son temps salarié hebdomadaire dans la rue, sans être spécifiquement missionné pour cela ; par ailleurs, il est accompagné d'une bénévole. Tous deux assurent un « travail de rue » qui permet d'assurer un lien entre les dispositifs de prise en charge et la rue, à une époque (du milieu des années 1990 au milieu des années 2000) où le secteur de la prise en charge se structure et se stabilise progressivement. C'est un appel à projets départemental qui permet d'officialiser cette pratique et de financer des postes de maraudeurs. Valentine, en stage à Lille Solidaire en 2009 et alors sur le point de se faire embaucher en remplacement d'un congé maternité, explique les enjeux de cette officialisation :

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Quand il y a eu la possibilité d'avoir des sous par la DDCS pendant la loi de relance de 2000… 2007 ou 2009, je sais plus, y'a eu des postes en plus pour… enfin bon, la loi de relance, donc de nouveaux postes pour les maraudes, le 115, etc., et les prémices du SIAO. Et bah Lille Solidaire a balancé un dossier pour demander des thunes. Ce qui a été un objet de conflit impressionnant avec le Samu social. […] Et du coup, quand les postes ont été demandés à la DDCS par Lille Solidaire, le Samu s'est dit « *putain, on aurait pu avoir deux postes en plus, et hop, pfiuuut, on les a sous le nez quoi !* ». Donc pas évident.
>
> Valentine, éducatrice spécialisée, maraudeuse, 34 ans

La demande de financement des postes de maraude par Lille Solidaire se fait en concurrence directe vis-à-vis du Samu social, opérateur historique des maraudes, et est à l'origine d'un conflit entre ces deux acteurs. Plus loin dans l'entretien, Valentine précise néanmoins que ce conflit s'est finalement éteint « *très vite. C'était une guerre de chefs, pas une guerre d'éducs* », ce dont témoigne aujourd'hui l'existence de partenariats entre ces associations. L'idée d'une « guerre de chefs » amène à faire l'hypothèse d'un manque à gagner du Samu social et d'une recherche de diversification de ses activités par Lille Solidaire. S'il n'y a pas de « *guerre d'éducs* », c'est selon Valentine parce que les maraudes de Lille Solidaire ont été créées pour s'inscrire dans une facette du travail de maraude peu mise en œuvre par le Samu social :

> Le Samu social dépend du 115, c'est-à-dire que si les gens appellent le 115 pour demander une couv' ou machin, le Samu doit y aller. Donc le Samu a jamais vraiment… était pas très fort si tu veux en maraude non dirigée, c'est-à-dire aller chercher des gens, machin, prendre le temps de… sur signalement, ils y allaient, mais c'était pas forcément facile pour eux d'avoir le temps de… après, ça c'est le point de vue de Lille Solidaire que moi j'ai toujours entendu par Jean, qui disait « *moi, c'est pas ma méthode de travail, moi je veux aller voir les gens que personne ne voit* », et c'est aussi un peu le projet de Lille Solidaire : c'est raccrocher, c'est la porte ouverte sur la rue pour l'accueil, c'est aller voir les gens les plus isolés, et du coup, prendre plus de temps avec les gens, mais que ça paye sur le long terme […]. Le projet de maraudes était complètement différent, c'est aussi pour ça que Lille Solidaire a eu le financement, il était différent de celui du Samu. Il était sur des horaires différents, c'était sur des missions différentes, et du coup, de ce fait là, c'est complémentaire avec le Samu social. C'est vraiment pas pour faire de l'ombre à qui que ce soit… On est sur une amplitude horaire de 6h du matin à 2h du matin, au début on faisait même le dimanche, et le Samu social ils tournent de 9h à 23h30.
>
> Valentine, éducatrice spécialisée, maraudeuse, 34 ans

La complémentarité des maraudes de Lille Solidaire et du Samu social est ici mise en avant. C'est notamment le principe de maraudes non dirigées, c'est-à-dire ne respectant pas un trajet précis et ne visant pas à répondre à une demande expressément formulée, qui est supposé caractériser les pratiques de Lille Solidaire. La réflexivité dont fait preuve Valentine en rapportant son discours à son appartenance associative apparait néanmoins judicieuse, puisque le Samu social assure lui aussi des maraudes non dirigées. Au-delà de cette différence de projet, les maraudes de Lille Solidaire se démarquent par leur amplitude horaire théorique, puisque celle-ci va de 6 heures du matin à 2 heures du matin. Mais en pratique, le nombre de salariés étant insuffisant, une telle amplitude n'est jamais couverte au quotidien. Autrement dit, si la

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

revendication de complémentarité des pratiques de maraude se justifie à travers la division des tâches, des lieux et des horaires de travail entre les professionnels qui les assurent, elle est indissociable d'une forme de concurrence, à l'échelle des structures associatives cette fois. Ces éléments illustrent, ici encore, la dimension dialectique des processus de professionnalisation (Abbott 1988 ; Demazière 2009), et l'intérêt d'envisager ceux-ci dans leur diversité, leur hétérogénéité, et selon des temporalités (Jouvenet 2017), des espaces (Abbott 1997) et des niveaux d'analyse différents (Hénaut 2016 ; Ollivier 2016).

Le financement marque l'amorce de l'institutionnalisation des maraudes de Lille Solidaire. À ses débuts, la maraude générale est pédestre et couvre par conséquent un territoire limité :

> On a tout mis en place, c'était le côté intéressant : on a défini ensemble les horaires, la manière de fonctionner, la manière d'accompagner les gens, de se vautrer au début… de pas savoir parler aux gens. C'était quelque chose d'intéressant.
>
> **Qu'est-ce qui a évolué sur la maraude, sur son organisation ?**
>
> Au début c'était pédestre… même si, la nuit, on a toujours pris une bagnole. Mais la journée et le matin, c'était pédestre. Ça a été intéressant au début parce que ça permettait de faire les recoins et de se faire… je crois que c'est bien, entre guillemets, « *tu te fais les pieds* », tout d'un coup t'es dans la rue et tu l'es vraiment. Donc t'as ton sac à dos… c'est ce que fait le collectif des SDF, ils ont des sacs à dos verts, ils sont à trois et ils marchent. Je crois que c'est quand même une bonne chose de se coltiner… et puis de voir les itinéraires des gens, et tout ça. Après, ça a son lot de… ça a aussi son côté nul, c'est que quand t'es en sac à dos à pied, tu fais un petit itinéraire, tu peux accompagner personne, t'es pas mobile toi. Mais ça a du sens, ça a du sens. On le fait encore avec Valentine de temps en temps, genre c'est l'été, il fait beau, ou même il fait pas beau mais on travaille d'après-midi, on a rien à foutre : on gare la bagnole dans le quartier et puis on va rue de Béthune, on fait les grands axes, là où tu vois les gens qui mangent, des trucs comme ça.
>
> David, moniteur-éducateur et maraudeur à Lille Solidaire, 32 ans

> Déjà au début on n'avait pas de voiture, là on a notre voiture, depuis… quand est-ce qu'on a eu le bipper ? Je dirais en avril 2011 ou un truc comme ça.
>
> **Vous avez dû le demander ?**
>
> Oui, enfin ça c'était du temps de David et Laurence, moi j'étais pas là, c'était une maraude pédestre, totalement. Et puis à un moment donné, ils rencontraient les gens, y'avait des accompagnements qui se mettaient en route, bon, bah qu'est-ce qu'on fait pour accompagner quelqu'un qui a du mal à marcher ? Des problèmes de santé ? Tout ça. Donc ils ont de plus en plus souvent réservé des voitures au siège de Lille Solidaire, et puis finalement… ils avaient des Twingo un peu petites, avec trois portes, où t'as du mal à faire entrer le mec derrière parce qu'il a du mal à entrer, machin. Donc la question s'est de plus en plus posée : est-ce qu'il y aurait pas une voiture un peu plus grande, un espèce d'utilitaire dans lequel ils peuvent mettre leurs thermos, leurs couvertures, accompagner les gens et puis qu'ils se réchauffent, parce que quand même ils se pèlent les miches tout le temps… et puis peut-être que ça sert à rien d'aller d'un endroit à un autre à pied…
>
> Valentine, éducatrice spécialisée, maraudeuse, 34 ans

Ces extraits laissent entendre que le passage d'une maraude pédestre à une maraude véhiculée traduit en réalité un changement du dispositif, avec une montée en charge du travail des maraudeurs, pour partie liée à une meilleure connaissance du terrain et au développement de connaissances sur la rue et ceux qui y vivent. David valorise cet apprentissage pratique et

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

empirique du travail de maraude, notamment parce qu'il contribue directement à codifier un certain nombre de pratiques. Il s'agit d'un apprentissage « *sur le tas* », d'une pratique peu codifiée et floue (Jeannot 2011), qui s'opère dans un contexte de rue parfois violent voire hostile, mais requiert de nombreuses compétences relationnelles, beaucoup de tact ainsi qu'une capacité à créer un lien avec des personnes qui en ont peu avec les figures de la société intégrée (Cefaï et Gardella 2011 ; Arnal 2016). En creux néanmoins, des difficultés et des limites inhérentes à la maraude pédestre sont également critiquées : « *ça a son côté nul* », « *on le fait encore [quand] on a rien à foutre* ». Le fait que les maraudes pédestres soient désormais pratiquées presque exclusivement par les bénévoles joue aussi dans la dévalorisation de cette pratique. Enfin, le recours au véhicule traduit également un changement fonctionnel de la maraude. Elle induit désormais de déployer un accompagnement social auprès des personnes rencontrées, en les aidant à se déplacer, à se mettre au chaud, voire à entamer des mesures d'accompagnement, etc. Avec l'acquisition d'un véhicule, la maraude de Lille Solidaire se démarque des maraudes bénévoles autant qu'elle tend à s'assimiler aux maraudes mises en œuvre par le Samu social.

2. La professionnalisation de la maraude générale

Le changement du mode de transport des maraudeurs n'est donc pas anecdotique, ni anodin. Il s'inscrit dans une professionnalisation de la pratique de la maraude, où les salariés développent une expertise qui les conduit à adapter petit à petit leur fonctionnement à leur environnement de travail :

> Après, les horaires ont changé un petit peu. On faisait beaucoup trop de nuit et tôt le matin, et pas assez d'après-midi et on a compris qu'il fallait quand même des horaires d'après midi pour pouvoir accompagner les gens parce que… c'est Jean qui nous disait ça en se foutant de notre gueule : « *Vous avez donné du café à tout le monde, et après vous avez fait quoi ?* ». Parce que c'est vrai, quand tu commences à la maraude, t'as tendance à te dire « *je cherche le SDF, une fois que je le trouve je lui donne un café, je lui donne une couverture, on appelle le 115* », nanana, tout feu tout flamme, mais en fait ça sert à rien. Enfin ça sert à rien… je crois que ce qui est important dans la maraude, c'est d'abord d'être là et de tisser du lien. Le « *être là* », c'est important, c'est tout à coup, le mec, t'as rien à proposer parce qu'ils savent qu'on n'est pas le 115, on n'a pas de place. Donc on n'a rien à part un café, mais le café il est dégueu et les gens le savent. Donc on n'a rien à proposer. Et tout à coup, on propose juste de discuter, et peut-être, un jour, d'accompagner chez le médecin, d'accompagner pour faire des démarches de papier, pour le logement, l'hébergement… mais en fait on propose rien, à part d'être là. Et je crois que c'est vraiment le truc.
>
> David, moniteur-éducateur et maraudeur à Lille Solidaire, 32 ans

L'extrait donne ici à voir les adaptations des maraudeurs à mesure qu'ils ont développé une connaissance du terrain. Un regard désabusé, voire cynique, se fait jour, sur certaines pratiques : « *ça sert à rien* », « *on n'a rien à proposer* ». Significativement, ce cynisme porte spécifiquement sur les prestations matérielles que les maraudes sont en mesure d'apporter aux

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

personnes sans-domicile (café, couverture, nourriture). Cette critique se double ainsi d'une définition plus abstraite du travail de maraude, qui renvoie à la spécificité relationnelle de ce travail (Gardella 2017) : il s'agit « *d'être là et de tisser du lien* ». Ces éléments amènent les maraudeurs professionnels à se démarquer en revendiquant une expertise, source de leur légitimité à intervenir. Celle-ci repose sur des processus d'abstraction et de conceptualisation des pratiques professionnelles, qui contribuent à distinguer une activité perçue par eux comme triviale, parce que liée à des besoins de première nécessité, d'une activité présentée comme complexe, parce que diffuse, étirée sur le long terme, et s'appuyant sur des termes qui s'inspirent, plus ou moins consciemment, des sciences humaines et sociales :

> C'est *aller vers, créer du lien,* essayer de raccrocher la personne aux dispositifs dans la mesure du possible, en fonction de sa demande. Faire état des lieux de la cartographie des gens dans la rue, enfin voilà. Et accompagnement social, c'est-à-dire qu'on est censé aussi pouvoir faire les papiers avec les gens sur place, ou en tous cas d'être leur référent. Après, la grosse question c'est qu'est-ce qu'on fait avec les gens qui veulent rien ? Parce qu'après, les gens qui veulent bien aller en hébergement, c'est cool, on appelle le 115 avec eux ou on les emmène à la halte, et puis c'est facile. Mais après y'a des gens avec qui on a mis des mois ou des années pour qu'ils veuillent bien nous parler, pour qu'ils acceptent un café. […] Donc c'est un travail de longue haleine, et je crois que le gros du travail c'est : *créer et maintenir du lien*. Mais après, ça s'est développé avec le temps nos missions avec l'expérience, et puis avec l'évolution des gens. […] Finalement, avec les personnes qui évoluent, on se retrouve aussi à faire du logement, de l'hébergement, et puis aussi du maintien, c'est-à-dire qu'on va pas lâcher le truc tout de suite, on va aller visiter les gens sur leur hébergement ou dans leur logement, on va leur rendre des services, on va dépanner des clopes, des fringues, de la vaisselle… enfin on a déjà fait des trucs qui étaient pas du tout dans les clous, *a priori*, de la maraude, parce qu'on trouvait ça important, et parce que notre direction nous soutient là-dedans, et parce que ça fait partie du boulot : la personne, elle passe pas de la rue à un logement et tout va bien quoi. Si on est la personne qui l'a accompagnée dans ce projet-là, on peut pas lâcher le truc du jour au lendemain et dire « *allez maintenant on va te trouver un service qui fait de l'accompagnement à domicile* ». Ça marchera pas. Parce que tout *se fait dans le lien*.
>
> Valentine, éducatrice spécialisée, maraudeuse, 34 ans

> Parce que c'est ça mon problème : y'a ceux qui font de la maraude, et y'a ceux qui disent en faire, et qui en font pas. Faire de la maraude, c'est pas bouger en safari, avec des couleurs sur son habit pour se démarquer du pauvre qu'on vient aider et donner des lieux de rendez-vous. […] C'est pas ça la maraude : la maraude, c'est *aller vers* les gens qui veulent rien, et essayer de *refaire société* avec eux, essayer de se poser, même quand on te dit dégage, tu te poses, tu fumes une cigarette, tu demandes comment il va… quand t'étais avec nous, on est allé voir Serge au Palais Rameau, je lui ai rien offert. Si, il demande de la flotte, on lui file de la flotte ou des casse-dalle, mais il s'en branle, il a déjà mangé 4 fois, il demande pour la forme, il s'en branle Serge. Et on s'en fout. Mais c'est d'abord dire « *comment tu vas Serge ? – oh ça va, j'ai toujours ma prostate qui me fait chier, j'ai ça, y'a Farah de Magdala [une association locale] qui me fait mes papiers de la sécu, à la sécu ils me font chier…* ». Et puis on discute, de temps en temps on appelle Farah, on voit ce qu'il en est pour sa sécu, on fait deux trois trucs. Mais c'est ça faire de la maraude : c'est, tout à coup, *raccrocher les gens* qui s'isolent de plus en plus, ou qui sont isolés de plus en plus, *vers… un mieux*. Parce que vers les structures, etc. on peut dire ce qu'on veut, mais des fois y'en a qui veulent pas aller à Lille Solidaire, et on peut les *accompagner vers un mieux* quand même. Donc *vers un mieux, c'est ça la maraude.*
>
> David, moniteur-éducateur et maraudeur à Lille Solidaire, 32 ans

« *Aller vers* », « *créer et maintenir du lien* », « *raccrocher* », « *vers un mieux* » et même « *refaire société* » : ces expressions constituent des abstractions supposées définir le cœur du

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

travail quotidien des maraudeurs, et elles sont particulièrement représentatives de la légitimation professionnelle qu'ils déploient à propos de leurs pratiques[142] (Freidson 1970a, 1984 ; Abbott 1988). Bien qu'il ne s'y réfère pas explicitement, le bagage universitaire de David, notamment ses années d'études en sociologie, le prédisposent à ce processus d'abstraction et d'affiliation théorique du travail social au lien social, et aux savoirs qui l'analysent. En associant leurs interventions à des principes généraux, les maraudeurs de Lille Solidaire se distinguent du travail de maraude bénévole. Cette distinction est d'autant plus significative que les observations réalisées auprès de ces deux maraudeur-euse-s, et les exemples qu'ils évoquent pour décrire leurs pratiques (le café, les cigarettes, la distribution d'eau), marquent finalement une proximité avec les pratiques des maraudes bénévoles. La principale différence s'opère donc dans le sens donné à ces pratiques, et elle s'inscrit dans une stratégie rhétorique. Là où le café, l'eau ou la nourriture constitueront avant tout des réponses ponctuelles visant à soulager des demandes de première nécessité pour les maraudes bénévoles, les mêmes éléments s'inscriront dans la création d'un lien de confiance et de solidarité, et dans l'optique plus large de déployer une relation d'accompagnement susceptible d'améliorer, sur le long terme, la situation des personnes sans-abri. La maraude est ainsi valorisée pour ce qu'elle témoigne de son inscription au sein du travail social, et non plus seulement au sein du travail humanitaire : contrairement à ce dernier, le travail social dépasse la dimension palliative de la première nécessité et de l'urgence. On le verra un peu plus loin : des stratégies de légitimation similaires, mais plus poussées encore, existent dans le cas des maraudes du Samu social. Ces dernières constituent, pour les maraudes de Lille Solidaire, un point de comparaison constant et ambivalent. Tout en adressant diverses critiques au travail qu'elles mettent en œuvre, les maraudeurs de Lille Solidaire ne cessent de s'y référer, le Samu social jouissant, à propos du travail de rue, d'une légitimité liée à son antériorité et à son rayonnement dans le secteur à l'échelle nationale. Avant d'étudier ces maraudes, on évoque rapidement une autre maraude salariée, portée par l'Abej. Si celle-ci n'a pas été observée au cours de l'enquête, son existence et ses finalités se démarquent du travail de rue plus classique.

3. La maraude *Transport,* entre veille sociale et contrôle social

La maraude *Transport* s'articule étroitement au reste du système de prise en charge, bien qu'elle soit sous-tendue par d'autres objectifs que ceux évoqués dans le cas de la maraude

[142] Ces « abstractions », ici inscrites dans le processus de légitimation et de professionnalisation de la maraude salariée, peuvent faire écho aux montées en généralité de la justification que déploient les individus par rapport à leurs actions. Néanmoins, le modèle des cités et ce qu'il implique en termes d'administration de la preuve nous paraissent trop généraux pour s'appliquer à ce qui a été observé. Si les acteurs sociaux sont dotés de réflexivité, celle-ci est modelée par l'environnement dans lequel évoluent ces acteurs et par les rapports sociaux dans lesquels ils sont engagés, consciemment ou non.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

générale. Les deux maraudeurs qui en dépendent se déplacent presque exclusivement sur les deux lignes de métropolitain qui existent dans la métropole lilloise, plus rarement dans les bus ou les tramways. Cette maraude a été créée en octobre 2011 après une expérimentation de plusieurs mois, entamée en octobre 2010. Elle est le fruit d'un partenariat entre l'Abej, Keolis Lille, filiale du groupe Keolis et principal opérateur de transport public de la métropole, et la Société nationale des chemins de fer (SNCF). Ce partenariat et les motifs de la création de cette maraude ne sont pas anodins. Si, dans un article publié dans *Keo*, le magazine de Keolis, l'entête précise « *Objectif : venir en aide au public en errance dans nos stations* », on apprend que c'est la Direction contrôle sécurité environnement (DCSE) de Keolis Lille qui pilote le projet. L'article s'ouvre de la manière suivante :

« Nous sommes partis d'un constat », explique Nicolas Prouveur, coordinateur Prévention Environnement, « en 2010, une dizaine d'individus constamment présents sur le réseau généraient 10 % des signalements ambiance (*sic*) ». Keolis a donc décidé d'intervenir en s'associant à l'Abej pour aider et encadrer ces sans-abri.

S'ensuit un argumentaire qui précise les modalités d'intervention des maraudeurs et donne des détails sur le suivi conjoint mis en œuvre entre les différents acteurs du partenariat. Les dernières lignes de l'article précisent :

Avec 160 interventions de janvier à mai 2016, on constate une baisse de 7,5 % de faits impliquant les SDF sur notre réseau, comparé à la même période en 2015. En effet, la rapidité des interventions de la maraude permet d'éviter l'errance en station de manière durable, ce qui montre l'efficacité de cette démarche. Avec ce partenariat, l'Abej, Keolis Lille et la SNCF ont permis de réduire significativement les phénomènes à l'origine du climat d'insécurité mais surtout de mettre en place une véritable démarche de solidarité.

Ces extraits témoignent des motifs et des modalités de mise en œuvre de la maraude transport. Celle-ci est prise entre deux rhétoriques, l'une sécuritaire et l'autre d'assistance, où la seconde permet de justifier la première (Gardella et Le Méner 2005). C'est un nombre jugé important de « *signalements ambiance* », liés aux personnes sans-domicile, qui justifie la mise en œuvre d'une intervention. Ces signalements portent sur des atteintes à l'ordre ambiant et à ses différentes dimensions : sécuritaire, hygiénique, morale, sociale, voire économique en cas de fraude. L'un des salariés de la maraude générale donne un exemple éclairant du type de comportements qui peuvent justifier de tels signalements :

> Pour Madame A., tu vois la petite dame noire qui est à la gare, qui pissait devant tout le monde, tout le monde la connait : quand les postes de la maraude Transport ont été financés, c'était, en gros, pour elle. En gros, c'était « *faites quelque chose* », y'avait elle, y'avait M. un monsieur tout brûlé, c'était pour les figures connues de Lille, qui squattent dans le métro et pour qui personne savait quoi faire.
>
> David, moniteur-éducateur et maraudeur à Lille Solidaire, 32 ans

Les comportements évoqués par David, déjà déviants dans l'espace public, sont « *à l'origine d'un climat d'insécurité* » dans le métro, espace en partie privatisé. Dans une proportion plus modeste, on retrouve ainsi le schéma décrit par Stanley Cohen dans la

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

construction des paniques morales et de leurs effets sur la mise en œuvre de l'action publique (Cohen 1972) : l'identification d'une présence anxiogène mène ici à la création d'un service de maraudes, envisagé par Keolis comme une manière de débarrasser ses infrastructures des sans-domicile en prétextant leur apporter de l'aide. La réduction du climat d'insécurité est ainsi étroitement articulée au développement d'une « *véritable démarche de solidarité* », et la maraude Transport lilloise vise aussi bien à « *aider* » qu'à « *encadrer ces sans-abri* ». Deux facettes indissociables du contrôle social sont ainsi à l'œuvre et présentées comme complémentaires : intégrateur dans une perspective durkheimienne, disciplinaire dans une perspective foucaldienne (Bodin 2012). Ces ambigüités font directement écho aux actions mises en œuvre par la Régie autonome des transports parisiens (RATP) face au nombre important de personnes sans-domicile présentes dans le métro dans les années 1990 (Soutrenon 2001). Soutrenon montre bien que la convergence des objectifs de la RATP – « *sortir les sans-domicile du métro* » et les aider à « *s'en sortir* » – relève du postulat plus que du résultat. De sorte que les interventions vis-à-vis des personnes sans-domicile dans le métro « *semble[nt] moins relever, en effet, d'une volonté d'éradication que d'une stratégie de "mise en flux"* » (Soutrenon 2001, p. 38), qui permet de limiter la présence des sans-domicile, et ce faisant de diminuer les nuisances et le sentiment d'insécurité associés. L'accompagnement des personnes sans-domicile relève alors davantage du paravent que d'un réel souci de solidarité.

Il faut néanmoins souligner plusieurs différences avec le cas lillois. La plus importante tient au statut professionnel des personnes qui interviennent dans le métro. À Paris, il s'agit d'agents de la RATP qui se sont portés volontaires pour réaliser ce travail et qui ont une formation expresse (un briefing d'une heure, d'après Soutrenon en 2001) sur les missions qui sont les leurs. À Lille, les deux maraudeurs sont des éducateurs spécialisés diplômés, reconnus par leurs pairs. Par ailleurs, les agents de la RATP, s'ils sont supposés assurer un suivi avec d'autres structures d'accompagnement, semblent fonctionner de manière autonome et relativement indépendante du système de prise en charge médico-social parisien. Les principaux interlocuteurs sont des « Espaces solidarité insertion » partenaires de la RATP et créés au même moment, Patrick Henry jouant un rôle décisif dans leur création (voir chapitre 2). À Lille, la maraude Transport de l'Abej, au-delà de réunions mensuelles dans le cadre du partenariat avec Keolis Lille et la SNCF, recoupe quotidiennement les informations obtenues avec la maraude Générale de Lille Solidaire et elle participe fréquemment à des réunions entre partenaires du secteur de l'exclusion lillois. Surtout, la légitimité de la maraude Transport est liée au fait qu'elle assure une veille continue dans des espaces par ailleurs largement délaissés par les autres maraudes. Son travail relève formellement de l'accompagnement plutôt que du nettoyage des espaces publics, quand bien même ces deux dimensions demeurent étroitement liées (Gardella et Le Méner 2005).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 3. Du *care* au *cure* ? Veille sociale et veille sanitaire

La dernière section de ce chapitre est consacrée à l'articulation du travail de veille sociale réalisé par les travailleurs sociaux du 115 et des maraudes, et du travail de veille sanitaire mis en œuvre par les infirmiers, infirmiers psychiatriques et, plus marginalement, médecins et psychiatres au sein de différents dispositifs de maraudes. Dans la continuité d'un certain nombre de travaux consacrés au travail du *care* et à ses rapports avec le *cure*, on interroge la pertinence d'une distinction nette et précise entre le « *soin* » et le « *prendre soin* ». Si des différences existent bel et bien à la fois au niveau des pratiques professionnelles, des statuts, des dispositifs et des institutions chargés d'assurer le travail d'accompagnement médico-psycho-social des personnes sans-domicile, les matériaux recueillis suggèrent plutôt l'existence d'un brouillage des frontières entre travail social et travail médical, *care* et *cure*. Pour autant, ce continuum n'existe pas de façon spontanée, et il n'est pas infini : il repose sur un travail continu d'échanges, de mise en relation et de liaison entre professionnels, dispositifs du secteur de la prise en charge, ainsi que sur des passages de relais parfois complexes avec des institutions spécifiquement sanitaires. Trois points sont développés afin d'illustrer ces liens. En premier lieu, on décrit le travail de maraude réalisé par le Samu social : dans le prolongement de ce qui a été analysé précédemment, on montre que les pratiques des maraudeurs s'inscrivent ici aussi dans l'optique de construction d'un lien avec les personnes sans-abri, tout en faisant l'objet d'un travail d'abstraction plus poussé encore que dans le cadre de Lille Solidaire, à travers la mobilisation de la notion de « *care* » (I). On rapporte ensuite des éléments relatifs à deux maraudes sanitaires rencontrées dans le cadre de l'enquête, tant en ce qui concerne leur organisation que les trajectoires socioprofessionnelles de leurs salariés (II). Finalement c'est l'articulation de la veille sociale et de la veille sanitaire qui est analysée, à travers les dispositifs de coordination des maraudes à l'œuvre dans le système de prise en charge, en montrant que l'essentiel du travail mis en œuvre relève du *care*, le travail de soin à proprement parler étant rarement mis en œuvre dans le cadre de la veille sanitaire (II).

I. Le travail de maraude au Samu social : diversité des pratiques et communauté du travail

À rebours de l'organisation des maraudes bénévoles et de Lille Solidaire, les maraudes du Samu social se sont structurées selon une logique de diversification et de codification renforcée des pratiques d'accompagnement qu'elles sont amenées à mettre en œuvre. De fait, l'articulation étroite des maraudes avec le 115, puis avec des dispositifs plus récents (équipes mobiles psychiatrie précarité, maraudes sanitaires, SIAO), explique la relative spécificité des

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

pratiques que ces maraudes sont amenées à réaliser ainsi que les stratégies de légitimation déployées par les professionnels qui les mettent en œuvre. Dans le cas des maraudes du Samu social, un travail de légitimation est aussi à l'œuvre, et il passe par un processus d'abstraction des pratiques mises en œuvre en s'appuyant cette fois explicitement sur une notion empruntée aux sciences humaines et sociales, le *care*. Édouard Gardella a montré que le suivi diffus dont témoignent les maraudeurs vis-à-vis des personnes qu'ils accompagnent relève effectivement du « *care* » (Gardella 2017), et il est d'autant plus intéressant d'observer le recours, chez ces mêmes acteurs, à la notion pour légitimer et organiser leurs pratiques professionnelles. En restituant la mise au jour du *care* au Samu social (1), on montre comment celle-ci s'est progressivement imposée afin d'englober l'ensemble des pratiques mises en œuvre par les maraudes (2).

1. La réflexion sur le *care* : légitimer une pratique floue

La complexité de la notion de *care* réside dans ce qu'elle peut renvoyer à la fois à un ensemble de pratiques traditionnellement associées à la féminité et la sphère domestique puis importées dans la sphère économique (Cresson 1995 ; Cresson et Gadrey 2004 ; Bossard 2015) qui visent à *prendre soin* d'autrui ; mais aussi à une éthique féministe décrite et analysée par les chercheuses en sciences humaines et sociales et en philosophie (Tronto 1993 ; Molinier, Laugier, et Paperman 2009). Au-delà de ces débats, les professionnels s'appuient sur ce terme dans la réalisation de leurs pratiques. La première occurrence du terme dans les rapports d'activité intervient en 2012. Le *care* y est alors synonyme de « *prendre soin des personnes vulnérables* » (*Rapport d'activités 2012*, p.37). Il est envisagé comme une méthode de travail articulée aux pratiques d'accompagnement social et sinon opposée, du moins distinguée du travail en urgence du Samu social. Le *care* est décrit comme un « *paradigme social* » :

> Nous vivons dans une société de performance qui a tendance à produire de l'exclusion. Cette même société a le devoir de tenter de réparer les dommages collatéraux occasionnés par son fonctionnement. Le monde moderne a une fragilité liée à sa complexité. La cellule familiale a évolué de manière considérable. Les ruptures sont aujourd'hui plus marquées et brutales, voire irréversibles. Leurs conséquences sont parfois dévastatrices. C'est dans ce contexte que la notion de « Care » prend son sens. Le « Care » comme « service du maintien du monde ». Il s'agit d'une réaction morale à un problème moral dont il faut considérer le sens social et politique. En effet, le concept de « Care » évolue en fonction du monde sociopolitique.
>
> *Rapport d'activités 2012*, p. 37.

Ces paragraphes s'appuient sur une rhétorique sociologisante qui a vocation à contextualiser la « *prise de sens* » du *care* et de son développement. L'argumentation renvoie à la précarisation de certains groupes sociaux et à l'absence de compensation de ce processus par les réseaux de sociabilité primaires ou secondaires. Dans ces paragraphes, le *care* existe

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

avant tout sur le plan moral : il est une « *réaction morale à un problème moral* », ayant des répercussions sociopolitiques. Plus loin, ces dimensions sont davantage évoquées :

> La notion de « Care » est étroitement liée à la vulnérabilité. C'est une situation par laquelle passe tout être humain. La petite enfance, la vieillesse, la maladie, le handicap sont des états de vulnérabilité considérés comme normaux et acceptés par la société. […] La vulnérabilité des personnes que nous accompagnons dans le cadre du travail de rue peut être définie par un état de fragilité physique et/ou psychique. Les personnes que nous reconnaissons comme vulnérables sont relativement isolées d'un point de vue social. L'isolement, la rupture familiale et sociale sont des éléments favorisant un état de vulnérabilité. […] Les personnes à la rue peuvent entrer dans un certain nombre de processus tels que : désaffiliation, désinsertion, désocialisation, marginalisation, exclusion, isolement, rupture ou retrait social.
>
> *Rapport d'activités 2012*, p. 37.

Significativement, le *care* est explicitement rattaché à un ensemble de processus analysés par les sciences humaines et sociales, sans qu'ils soient néanmoins précisés ni distingués entre eux : la désaffiliation (Castel 1995), la désocialisation (Vexliard 1957 ; Mucchielli 1998), la marginalisation (Barel 1982 ; Rothé 2016), l'exclusion (Paugam 1996 ; Lafarge 2002). Plus précisément, ces concepts renvoient à une problématique sociale particulière, celle de la vulnérabilité. Celle-ci est apparue et a été analysée récemment, essentiellement dans les années 2000 et surtout 2010 (Bresson, Geronimi, et Pottier 2013; Brodiez-Dolino et al. 2014). Diverses figures sont identifiées comme s'y rattachant « *normalement* » : petite enfance, vieillesse, handicap, maladie. Par opposition implicite, c'est de façon anormale que les personnes sans-domicile s'y rattachent. Néanmoins, la notion de vulnérabilité « *euphémise tant les rapports (verticaux) de domination que les dysfonctionnements (horizontaux) du lien social, pour mettre l'accent sur des dialectiques nouvelles et ontologiques* » (Brodiez-Dolino 2016). Dans cette optique, la vulnérabilité des personnes sans-domicile est à la fois la cause et la conséquence de processus indifférenciés dans les rapports d'activité, mais renvoyant tous à l'effritement du lien social (désaffiliation, désocialisation, marginalisation, etc.). Dans les rapports d'activité suivants, la notion est rendue davantage opérationnelle à travers son appropriation et sa mise en œuvre par les maraudeurs :

> La notion de CARE recouvre à la fois une philosophie d'intervention et une réalité palpable de la mission d'accompagnement des équipes mobiles. […] Maraudes et signalements nous conduisent à rencontrer un public très isolé, ne faisant parfois appel à aucun service. Le CARE s'adresse d'abord à ce public, particulièrement ancré à la rue, concerné par un processus de marginalisation, pour qui une logique de « projet » ne trouve pas sens. […] Aller à la rencontre de la personne, créer, recréer un lien social, et revenir le plus régulièrement possible sur son lieu de vie. L'espacement des rencontres est défini en fonction des personnes. En effet, nous nous coordonnons de manière à ce que nos interventions ne soient pas vécues comme intrusives. La création et le maintien du lien est un travail qui peut parfois prendre plusieurs mois, voire des années.
>
> Rendre visite, regarder, écouter, entendre, partager, échanger, serrer la main. Exprimer à la personne notre inquiétude pour elle. Ces pratiques simples et pourtant essentielles sont primordiales dans la construction du lien avec la personne. Ces interactions permettent de travailler sur le sentiment de l'existence, de veiller tant que faire se peut et de retisser progressivement du lien avec le droit commun.
>
> *Rapport d'activités 2013*, p. 55.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Se faire accepter par la personne sur son lieu de vie est une étape très importante, c'est ce qui nous permettra d'entre en relation. La relation, c'est le point central de notre travail. Prendre soin pour tenter de restaurer une image de soi malmenée. Rendre à l'autre sa pleine place dans notre société. Cette approche est basée sur des valeurs de bienveillance. Aller vers, être là, écouter, partager, valoriser, respecter : ce sont des notions essentielles dans notre pratique du care. Tenter d'amener la personne vers un mieux-être, tout en respectant son mode de vue et ses repères, voilà l'un des objectifs de cette mission.

Rapport d'activités 2014, p. 7

Ces extraits expriment le lien direct entre la mise en œuvre empirique du *care*, et des perspectives plus générales et abstraites de ses visées en termes d'intégration. L'accent est mis sur le caractère diffus, durable et fragile du travail d'accompagnement : en cela, le *care* se rapproche nettement de la visée de production de lien social qui structure les pratiques d'accompagnement de Lille Solidaire. Les maraudeurs s'inscrivent dans une lutte pour la reconnaissance des personnes sans-domicile et de leur existence sociale, au motif de leur proximité et de leur commune humanité (Pichon 2001 ; Joseph 2005). Ici encore pourtant, il convient de replacer le développement de la réflexion sur le *care* dans une perspective plus générale de légitimation du travail de maraude (encadré 5.15).

Encadré 5.15 : notes de terrain, l'origine de la notion de care dans les maraudes du Samu social.

Journée d'étude consacrée à l'accès aux droits, décembre 2017.

[Le directeur de l'association est le second à parler. Il évoque l'origine de l'association et ses tâches diverses : il a évoqué le 115, la gestion des places d'hébergement, et finit par les maraudes].

Le directeur expose maintenant le travail des maraudes. Il évoque d'abord le travail de rue qui est un « *accompagnement social proposé aux personnes à la rue* ». Il explique qu'une « *double référence mise en œuvre pour partager la responsabilité et le poids de la relation* ». Il souligne la complexité de ce travail, l'équilibre constant qu'il requiert. Il souligne aussi la difficulté de « *valoriser le travail qui fait face à la masse de réponses négatives* ». C'est justement dans l'optique de valoriser ce travail qu'il s'est intéressé à « *la philosophie du* care*, avec Joan Tronto, le prendre soin* ». Il explique que cet intérêt est lié à la difficulté de légitimer le travail de maraude : « *Mon boulot c'est de boire du café avec des gens, comment tu veux valoriser ce travail auprès d'un financeur ?* ». Il explique être « *tombé par hasard dessus* », suite à un colloque organisé par la FNARS sur le thème « *le care de l'éthique à la pratique* ». Il précise : « *le care, c'est prendre soin des gens. Traditionnellement, c'est dévoué aux femmes, alors que la société est plutôt machiste, du coup le travail de care n'est pas valorisé* ». C'est justement pour ça qu'il revendique ce « *mode de faire, qui est essentiel au métier* ».

Le travail d'abstraction des pratiques d'accompagnement, déjà observable dans les rapports d'activité, est ici très net. Le *care* est directement référé aux sciences sociales, via les travaux de Joan Tronto (2009). Cette référence est mobilisée à plusieurs reprises et dans divers contextes par le directeur de l'association. À une autre occasion, face à des professionnels du secteur cette fois, il expliquera : « *Avant, c'était la part honteuse du travail. Alors on a mis un concept dessus, qui plus est anglo-saxon…* », occasionnant les rires du public. Ces prises de position témoignent de la conscience de la nécessité de légitimer certaines interventions auprès des sans-abri, y compris lorsque celles-ci s'apparentent à des actions banales – boire du café –

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dont la finalité professionnelle – nouer un lien en témoignant de la sollicitude à la personne – est susceptible d'être mise en doute par des acteurs extérieurs au secteur. Rattacher cette pratique au *care* contribue à la légitimer bien que, comme le rappelle le directeur, le *care* renvoie à un secteur d'activités majoritairement féminin, précaire et structurellement dominé dans l'espace social. C'est d'ailleurs ce constat qui est à l'origine d'un certain nombre de travaux analysant et dénonçant les ressorts de cette domination (Tronto 1993 ; Avril 2014 ; Bossard 2015). Dans le prolongement de ces analyses, le *care* est approprié par les maraudeurs et se diffuse à l'ensemble de leurs contextes de travail.

2. L'extension du domaine du *care* dans le travail de maraude

Au moment de l'enquête de terrain, dix salariés, dont quatre femmes et six hommes, travaillaient en tant que maraudeurs à temps plein. Comme dans les autres dispositifs, des renforts sont engagés en période hivernale. Plusieurs véhicules du type camionnette ou van sont à dispositions des maraudeurs, et tous sont marqués « *Samu social* ». De même, les maraudeurs portent des vestes bleu marine floquées « *Samu social* ». À plusieurs reprises lors de l'enquête de terrain, et notamment lors de maraudes en centre-ville, ces éléments ont contribué à attirer un certain nombre de personnes sans-abri, sollicitant les maraudeurs (encadré 5.16).

Encadré 5.16 : en maraude avec le Samu social.

Une trentaine d'observations ont été réalisées avec les maraudeurs du Samu social, réparties sur une période de 7 mois. Certains maraudeurs m'ont proposé, voire recommandé, de porter leur veste lorsque j'allais en maraude avec eux, d'autres non. Lorsque l'on ne me le proposait pas, je demandais si je devais le porter. Dans ce cas, les maraudeurs me laissaient le choix, ne semblant pas y voir un élément déterminant. J'ai donc alterné port de cette veste et habit personnel, et j'ai constaté que le fait de ne pas la porter m'amenait plus fréquemment à justifier ma présence et mon statut d'observateur auprès des sans-abri.

J'ai ici aussi adopté une posture intermédiaire, entre observation directe et observation participante. Dans la mesure où la division des tâches était plus marquée que dans le cas de Lille Solidaire néanmoins, agent d'accueil et travailleur social ayant chacun leurs prérogatives, ma posture était plus proche de l'observation directe. J'assurais néanmoins un rôle de renfort lorsque la situation le nécessitait, par exemple lorsqu'un groupe d'usagers était rencontré, lorsque la situation demandait que je réponde au téléphone à la place du travailleur social ou lorsque l'agent d'accueil me demandait un coup de main pour la distribution de denrées. La plupart du temps, j'étais assis à l'arrière du camion. Néanmoins, lorsqu'un accompagnement était réalisé, on me proposait de monter à l'avant avec les maraudeurs.

Chaque jour autour de neuf heures, une courte réunion rappelle l'organisation des binômes de maraudeurs et la répartition des tâches. En réalité, cette répartition s'opère en amont par le cadre éducatif, et est affichée sur un planning prévisionnel mensuel affiché en salle de réunion. La réunion matinale consiste à entériner cette organisation ou à la modifier à la marge, selon les absences des maraudeurs ou selon des priorités qui auraient pu émerger, relatives à

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

certaines personnes sans-abri. Chaque binôme est constitué d'un-e agent-e d'accueil et d'un éducateur-trice spécialisé-e. Parmi les 5 agents d'accueil, on trouve 4 hommes et 1 femme ; les 5 autres maraudeurs sont embauchés en tant qu'éducateurs spécialisés (bien que l'un d'entre eux soit assistant de service social), et comptent 3 femmes et 2 hommes. La répartition s'opère en fonction des types de maraudes à réaliser. Le tableau 5.4 résume les principaux éléments relatifs à chaque type de maraude.

Tableau 5.4 : les types de maraudes.

	Maraudes dirigées		**Maraudes non dirigées (« mode *care* »)**
	« Dispo 115 »	**Maraudes d'accompagnement**	
Objectifs	Répondre à une sollicitation transmise par le 115.	Mettre en œuvre un accompagnement (vers le soin, pour des papiers, pour visiter un hébergement…).	Rencontrer de nouvelles personnes sans-abri. Découvrir des lieux de squats jusqu'alors inconnus.
Public ciblé	Ménages sans-abri, connus ou non, ayant eu recours au 115 ou signalés par des particuliers, des institutions.	Ménages sans-abri déjà identifiés et suivis par les maraudes ou d'autres dispositifs.	Personnes marginalisées, n'ayant pas recours aux dispositifs de prise en charge (toxicomanes, « grands marginaux », malades mentaux…).
Déroulement et modalités pratiques	La maraude se rend sur le lieu du signalement. Les maraudeurs se renseignent sur la situation de la/des personnes. Ils offrent un café, à boire ou une orientation vers une structure. En théorie, les maraudeurs se rendent sur place le plus rapidement possible. En pratique, leur position géographique et les tâches qui sont en cours de réalisation déterminent cette rapidité.	Un rendez-vous individuel est pris en amont, soit à la demande de la personne accompagnée, soit à la demande des maraudes. La maraude se rend auprès de la personne, le plus souvent avec de l'avance. La plus souvent, elle conduit la personne au sein de la structure qui réalise la mesure d'accompagnement.	La maraude se déplace sans contrainte extérieure. L'éducateur identifie un secteur qu'il souhaite aller investiguer, repéré lors d'une maraude précédente ou pour retrouver des personnes déjà rencontrées et ne sollicitant pas le 115. L'objectif est d'aller dans des endroits reculés, peu visibles, susceptibles de fournir un abri.
Autres éléments	Une équipe, parfois deux, est en permanence affectée à la dispo 115 : la réponse aux demandes urgentes reste la priorité de l'organisation des maraudes. La dispo 115 implique une logistique importante : l'agent d'accueil est chargé de préparer le véhicule en s'assurant d'avoir des couvertures, de l'eau, du café, etc. L'éducateur doit être constamment joignable.	Il s'agit du type de maraude le plus chronophage. Les rendez-vous sont régulièrement ajournés, et un unique rendez-vous peut prendre plusieurs heures en raison des incertitudes et des temporalités propres aux personnes accompagnées.	Cette maraude est plus rare, elle est la première « sacrifiée » en fonction des priorités du moment. Elle est valorisée par les professionnels, qui y voient la forme la plus authentique de la maraude. Elle est aussi la moins contrainte par des éléments extérieurs à la maraude.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Deux maraudes dirigées existent : il s'agit soit de répondre aux demandes transmises par le 115, soit de participer à la réalisation d'une mesure d'accompagnement. Dans le premier cas, les maraudeurs se rendent à l'endroit indiqué par les écoutants du 115. La pénurie des places d'hébergement les amène, presque à chaque fois, à ne pouvoir proposer « que » de l'eau, du café, une couverture, de l'écoute. Dans le second cas, les maraudeurs, en dépit de leur statut d'éducateurs spécialisés ou d'assistantes sociales, assurent rarement eux-mêmes la mesure d'accompagnement. Ils jouent plutôt un rôle de liaison qui permet de réaffilier la personne accompagnée aux dispositifs de prise en charge « en dur », où sera réalisé l'accompagnement ou le soin. La maraude non dirigée constitue, quant à elle, la forme la plus aléatoire et la plus abstraite de la maraude, ce qui explique en partie que la notion de *care* s'y soit en premier lieu appliquée. Elle doit permettre, à plus ou moins longue échéance, d'amorcer un lien avec des personnes très éloignées des dispositifs de prise en charge en s'adaptant à leurs demandes, tout en activant les temporalités propres à l'urgence sociale (Gardella 2014c, 2017). En dépit des discours de maraudeurs témoignant de son importance dans le travail de veille sociale, il est arrivé à plusieurs reprises qu'une maraude non dirigée soit appelée en renfort pour assurer la « *dispo 115* ». Dans ces situations, le temps court voire immédiat de l'urgence sociale prend le pas sur le temps long de la veille sociale (Gardella 2016b).

Initialement, le *care* est envisagé par les maraudeurs comme une modalité spécifique de pratique de la maraude. Dans les rapports d'activité, il est présenté comme un type de pratiques original, distinct des maraudes dirigées. Il repose sur un travail de construction du lien orienté autour de la prise de contact et qui se veut aussi peu intrusif que possible (encadré 5.17).

Encadré 5.17 : notes de terrain, les maraudeurs et la diffusion du *care*.

Maraude du 8 juin 2015, soirée – non dirigée, mode care.

Dans la 2ème partie de la maraude, nous sommes censés aller auprès des « grands marginaux », dans le cadre d'une maraude non dirigée en « mode care ». Alexis propose que l'on commence par un pont du quartier de Bois blancs, où deux hommes squattent séparément. Il les connait, mais ça fait un moment qu'il ne les a pas vus. Michal se gare, il reste dans le camion. Je pars avec Alexis, et nous apercevons dans un espace vert à côté du pont quelqu'un, attablé à une table de pique-nique, avec de nombreuses affaires autour. Alexis propose de s'approcher avant d'aller voir les squats.

Lorsque nous arrivons à une dizaine de mètres, nous constatons qu'il s'agit d'une femme. Alexis me souffle qu'il ne la connait pas. Toutes ses affaires sont éparpillées sur et autour de la table. L'interaction est très surprenante. La femme porte des grosses lunettes de soleil, un gros manteau en fourrure (nous sommes en juin), et a du coton dans les narines. Elle fume une cigarette, avec une certaine prestance. Alexis entame la conversation, « *bonjour madame* » ; « *bonjour* », la femme ne bouge pas, mais se met à rire. Alexis nous présente, demande si tout va bien. La dame sourit, répond que oui, puis éclate de rire de nouveau. Elle enlève ses lunettes, ses yeux sont très brillants. Alexis demande pourquoi ses affaires sont ainsi, si elle a besoin d'aide pour les ranger, si elle souhaite un café ; à chaque fois elle botte en touche ou répond par la négative. Elle finit par enlever ses bouchons de nez furtivement, comme si elle espérait que nous ne les ayons pas vus. Nous ne relevons pas et Alexis propose une cigarette à la dame : « *non merci, j'ai mes mentholées* ». Alexis précise qu'en cas de besoin, elle peut appeler le 115, et demander à parler à une collègue si elle le souhaite. Elle rit une nouvelle fois. Nous partons, assez décontenancés : « *je pense qu'elle est braque* » me dit Alexis, c'est-à-dire folle. Alexis m'explique à ce moment qu'il n'a pas voulu

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

trop s'approcher, non par crainte, mais pour ne pas donner l'impression d'empiéter sur le territoire de la dame : l'éparpillement de ses affaires signale une appropriation de ce territoire […].

Dans cette situation, c'est la distance maintenue par Alexis qui s'inscrit dans le principe du *care* : il ne s'agit pas tant de *prendre soin* que de *faire attention* à la personne et à ses affaires qui, ici, délimitent selon le maraudeur un espace propre sur lequel nous ne sommes pas légitimes sans y être invités, comme peuvent l'être également les squats (Bouillon 2009). Alexis propose systématiquement une cigarette aux personnes qu'il rencontre, y voyant une manière d'accrocher la personne, de lui témoigner de la sollicitude. D'autres maraudeurs, notamment dans le cas de personnes accompagnées depuis longtemps, prévoient d'autres denrées dont ils savent qu'elles sont appréciées par elles : canettes de soda, sandwiches, gâteaux secs… Ces dons ne relèvent pas de la première nécessité mais sont bien un moyen de créer ou d'entretenir le lien avec les personnes sans-domicile (Pichon 2001 ; Gardella 2017) : en cela, ils sont très emblématiques de la maraude en « *mode care* ». En pratique néanmoins, le *care* tend à se décentrer et à se diffuser aux différents types de maraudes, témoignant de l'adoption par les maraudeurs d'un ensemble de modalités de perception, de représentations et de pratiques communes (encadré 5.18).

Encadré 5.18 : notes de terrain, l'extension du *care* aux maraudes dirigées

Matinée du 27 mars 2015, matinée - dispo 115.

J'arrive à 9h. La matinée commence avec l'organisation des équipes et la répartition des tâches. Je tourne avec Sam (éduc) et Guillaume (agent d'accueil). Nous sommes en « *dispo 115* ». Nous allons d'abord à Marquette, voir un suivi de Sam, M. D., qui vit dans un lieu très à l'écart, une ancienne usine complètement à l'abandon. L'homme parle spontanément de la mort de sa femme, suite à quoi il se retrouve à la rue en 2013. La discussion porte autour de la situation de Mr D. Il dit avoir un travail et une couverture sociale. Sam le félicite, lui dit être très heureux pour lui, et lui conseille de passer à l'accueil de jour de l'Abej, de prendre un café et de s'y reposer. L'homme dit devoir de toute façon s'y rendre pour se doucher. La discussion est écourtée car nous recevons un appel d'Osman du 115. Celui-ci a reçu le signalement d'un monsieur dormant dans la rue, à Tourcoing. Nous nous y rendons juste après que Sam a invité l'homme à lui faire signe s'il avait besoin de quoi que ce soit, en passant par le 115.

Lorsque nous arrivons, Sam reconnait M. W., bien connu des maraudes. Il est dans un état terrible : trempé, il s'est visiblement uriné dessus, mais l'humidité de l'herbe prête à confusion. La couverture qu'il a est également trempée, et il est à même le sol. Plusieurs bouteilles vides à ses côtés ainsi que ses affaires. Après avoir pris contact doucement avec lui en l'appelant par son prénom puis en le remuant gentiment, Sam lui demande s'il est en état de bouger. L'homme grommelle : visiblement non. Il tremble, parait avoir froid, sans pour autant se plaindre. Sam insiste, ici encore sans brusquerie : il demande depuis quand il n'est plus capable de bouger : 2h ? 6h ? 24h ? L'homme a du mal à répondre. Il semble dire que cela fait longtemps. Sam suggère que les tremblements seraient davantage liés au manque d'alcool qu'au froid. Si cela est juste, l'homme est incapable de bouger depuis un moment. Sam dit à l'homme qu'il va falloir aller à l'hôpital. Il ne bronche pas, et Sam appelle les pompiers. Lorsqu'ils arrivent, ils s'imposent sur la situation, échangent avec l'homme et finissent par le transporter, avec difficulté, dans le camion. Ils s'engagent à l'emmener aux urgences de l'hôpital le plus proche. Sam et Guillaume « nettoient le squat », ici en pleine vue, avant de partir. Il n'y aura aucun autre signalement dans la matinée, et nous tournerons dans les rues de Lille pour chercher d'éventuels besoins d'intervention.

***

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Matinée du 17 février 2015, matinée – maraude d'accompagnement.

Je rejoins Patricia (éduc) et Guillaume (agent d'accueil) pour la maraude, vers 9h30. Patricia m'explique qu'il s'agit d'une maraude « d'accompagnement ». Nous allons voir monsieur P. pour lui proposer plusieurs choses : un soin des pieds, une douche, un repas, faire un point sur la situation. Elle fait cela une ou deux fois par mois, spécifiquement avec ce monsieur. Le premier mercredi du mois, l'accueil de jour d'une asso roubaisienne prépare un repas auquel tout le monde peut se joindre. Mr P. a pris l'habitude d'y aller, sous l'impulsion de Patricia. Nous partons vers 10h, et l'objectif est d'être à Roubaix vers midi. Patricia m'explique qu'il peut toujours y avoir des complications et des retards… Dans le camion, elle présente le monsieur : c'est un « *vieux de la vieille* » qu'elle connait bien et accompagne depuis plusieurs années, et qui n'accepte d'être aidé que par elle. Elle a remarqué qu'il avait récemment développé un discours raciste, qui s'est observé lorsqu'elle est venue avec Adil la dernière fois. Elle lie cette nouveauté au fait qu'il est depuis peu en compagnie d'un autre monsieur, lui aussi « *ancien de la rue* ». Elle est très claire à son sujet, « *lui, je l'aime pas* », alors qu'elle a de l'affection pour M. P.

Nous arrivons sur la zone commerciale de Seclin. Nous repérons facilement une tente plantée derrière un magasin. Après avoir garé le camion, nous nous approchons. Patricia annonce distinctement et d'abord d'assez loin notre présence. Pas de réaction. Patricia s'approche, tapote sur la tente puis l'ouvre, toujours en parlant et en s'identifiant : personne. Il est presque 10h30. Patricia ne parait pas inquiète, mais « *espère qu'ils vont venir* ». Tout à coup, deux hommes surgissent sur le parking, semblant à peine nous avoir remarqués. Ils ont des vêtements chauds mais visiblement usés. Ils parlent assez fort, ont l'air hirsute et la peau rougie par le froid, probablement l'alcool aussi. L'un d'eux tient une bouteille de vin rosé aux trois quarts pleine, l'autre porte des sacs de courses. Un petit chien les accompagne. Patricia me fait un signe, c'est bien eux, et elle va à leur rencontre : « *je croyais que t'avais oublié notre rendez-vous !* » ; « *non, non, jamais* ». Mr P. a l'air content de la voir. Ils ont « *récupéré* » des vivres à la sortie des magasins, qu'ils mettent dans la tente tout en s'échangeant la bouteille de rosé. Patricia prend des nouvelles, rigole avec Mr P. Puis, petit à petit, elle insiste pour que nous nous mettions en route. L'autre homme est aussi invité par Patricia. Elle précise : « *par contre, pas de bouteille dans la voiture, vous la finissez avant* ». Aussitôt dit, aussitôt fait : la fin du vin est partagée et avalée en quelques gorgées.

Patricia m'invite à me mettre à l'avant du camion avec elle et Guillaume – j'étais à l'arrière en venant. En route, le monsieur dit qu'il ne souhaite pas faire ses soins des pieds cette fois-ci. Patricia n'insiste pas : à l'oreille, elle me dit : « *il les a faits y'a deux semaines, c'est pas grave* ». Elle ajoute que ses pieds étaient dans un état catastrophique il y a quelques mois. Des soins légers mais réguliers ont permis d'alléger ses douleurs sans traitement lourd, et ainsi de recréer des échanges nouveaux. Patricia m'explique qu'il a un bon contact avec les soignants du centre de santé de l'Abej, ce qui facilite beaucoup la démarche. Il est 11h passé lorsque nous partons, 11h30 lorsque nous arrivons à Roubaix. À la sortie du camion, l'autre homme sort immédiatement une bouteille de vin. Patricia est énervée, car le repas à Roubaix permet d'habitude de gérer la consommation de Mr P. Cette fois, c'est raté. Patricia expliquera qu'elle se sent confirmée dans son impression que l'autre homme est nocif pour la relation d'accompagnement qui s'est tissée. Elle ne dit rien sur le moment, mais prévoit de « *mettre un taquet* » à l'autre homme plus tard. Les deux partent se doucher et se raser. Mr P. connait les lieux. Après nous être assurés qu'ils ont ce dont ils ont besoin (savon, shampoing, serviettes, rasoirs), nous allons aider à préparer le repas : ce sera poulet-frites. Au bout d'une demi-heure, Patricia me propose que nous allions voir comment ça se passe.

Mr P. est en train de se raser et son allure a beaucoup changé : ses cheveux sont propres et coiffés ; il a changé de vêtements ; après son rasage, l'impression générale est d'autant plus frappante. L'autre homme est encore dans la douche. Patricia remarque que la bouteille est presque finie, déjà. Cette fois, elle marque nettement la limite : « *plus d'alcool jusqu'à la fin du repas, ou on ne vous emmène plus* ». Mr P. acquiesce, l'autre homme rigole. Ils respecteront la consigne tous les deux, jusqu'à ce qu'ils soient déposés de nouveau à Seclin.

Ces situations témoignent bien de la difficulté de dissocier nettement des pratiques relevant officiellement du « *mode care* » de la mise en œuvre, en situation, d'éléments pouvant s'y rapporter. Si les rapports d'activité tendent à distinguer assez nettement les différents types de maraudes, l'observation suggère plutôt une articulation étroite de ces approches. Une

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

maraude non dirigée est susceptible d'être interrompue par une sollicitation du 115, mais c'est aussi l'occasion de s'enquérir de l'état d'une personne pour qui un accompagnement régulier n'est pas envisageable. À l'inverse, une « dispo 115 », lorsqu'elle est faiblement sollicitée, permet de saluer une personne non-vue depuis un moment ou d'explorer la ville. Entre ces différentes approches, le *care*, entendu ici comme une matrice d'ajustement des techniques relationnelles de veille et de sollicitude visant à s'assurer de l'état global des personnes sans-abri, joue un rôle de liant. Comme l'a souligné Gardella, il participe du sens pratique des maraudeurs et nourrit leur capacité à s'adapter aux différentes situations qu'ils sont susceptibles de rencontrer (Bourdieu 1980 ; Gardella 2017). S'il peut être clairement identifié en amont – les maraudeurs sont alors « *en mode* care » –, les observations suggèrent qu'il s'étend à l'ensemble des pratiques des maraudeurs.

Dans la première scène, c'est la sollicitude de l'éducateur vis-à-vis des personnes qu'ils rencontrent – contrastant avec la brusquerie des pompiers – qui suggère l'adoption de pratiques conformes avec l'idéal du *care*. Alors qu'il connait bien la situation du premier homme rencontré, il le laisse l'évoquer, valorise ses démarches et l'encourage à poursuivre dans cette voie. La seconde situation permet finalement d'amorcer le prochain point de l'analyse, consacré à l'articulation de la veille sociale et de la veille sanitaire. Les soins des pieds proposés par Patricia à M. P. avaient initialement vocation à soigner un état pathologique, les pieds de M. P. étant exposés à un risque de gangrène qui lui occasionnait de fortes douleurs. Relevant de l'urgence sinon vitale du moins sanitaire, l'amélioration pérenne l'état de ses pieds a progressivement inscrit ces soins dans la temporalité longue de l'accompagnement. Ces soins permettent désormais à Patricia d'entretenir un lien. Mais pas seulement : en prenant soin des pieds de M. P., en lui proposant systématiquement d'en bénéficier sans pour autant l'y forcer – comme dans la situation décrite, où M. P. décline la proposition –, en somme en veillant sur lui, Patricia s'inscrit dans une démarche de *care* qui témoigne de l'articulation des différents modes d'intervention de la maraude, et de son inscription pérenne dans le travail social.

II. La veille sanitaire et ses professionnels

La veille sanitaire, dont François Buton a restitué la généalogie et les liens avec l'expertise épidémiologique (Buton 2006), peut être entendue comme une « *activité au cœur de la santé publique rénovée qui réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte* » (Buton et Pierru 2012, p. 69). Telle qu'elle est mise en œuvre par les maraudes à un niveau plus local et micro, la veille sanitaire désigne des pratiques de repérage, d'identification et de prise en charge des problématiques médicales et sanitaires rencontrées par les personnes sans-domicile, dans la rue ou dans les dispositifs de prise en charge. Elle consiste à proposer des

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

soins, mais surtout à relier ces personnes aux dispositifs sanitaires spécialisés ou, plus rarement, de droit commun. En cela, les maraudes sanitaires, si elles s'inscrivent dans une dimension préventive marquée propre à la veille sanitaire et au renouveau de la santé publique en France (Bergeron et Nathanson 2014), mettent également en œuvre une démarche palliative visant à prendre en charge *a minima* la santé des personnes en rue. Significativement, et contrairement aux maraudes de la veille sociale, les maraudes sanitaires ne sont mises en œuvre que dans un cadre salarié et à travers des dispositifs fortement institutionnalisés. Tous sont reconnus et financés par les pouvoirs publics pour des missions spécifiques et étroitement liés aux institutions du champ sanitaire, tels que l'hôpital ou les secteurs de psychiatrie. Plusieurs acteurs assurent des maraudes sanitaires sur la métropole lilloise, selon des approches diverses. Ainsi, les maraudes d'un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés aux usages de drogues (CAARUD) et de deux Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) interviennent respectivement sur la question des usages de drogues et des pathologies et troubles psychiques. Les maraudes sanitaires occupent une position intermédiaire dans l'organisation du système de prise en charge. Les travailleurs paramédicaux, principalement des infirmières et des infirmiers psychiatriques, y jouent un rôle central en assurant un travail de liaison entre les travailleurs sociaux et les médecins, d'une part, et entre le secteur de la prise en charge et les institutions sanitaires extérieures, d'autre part. L'évocation de l'organisation et de la division du travail au sein de ces maraudes, ainsi que les trajectoires des professionnels qui y sont salariés permet d'expliciter ce travail d'intermédiation et de médiation (1). On est ainsi amené à détailler la réalité de ce travail, et notamment les rapports différenciés au métier qu'entretiennent les infirmier-e-s rencontré-e-s lors de l'enquête (2).

1. La division du travail infirmier dans les maraudes

Le premier type de maraude relevant de la veille sanitaire est la maraude infirmière. Contrairement au Samu social de Paris (Cefaï et Gardella 2011), les équipes de la veille sociale n'intègrent pas systématiquement d'infirmière d'État dans le cadre de leurs maraudes. La maraude infirmière constitue ainsi un dispositif original, intégré au fonctionnement des maraudes sociales et amené à travailler en étroite collaboration de nombreux dispositifs et institutions du système local de prise en charge, mais aussi avec des acteurs extérieurs à la juridiction, tels que les hôpitaux ou la médecine de ville. D'après les rapports d'activité, la pratique infirmière est intégrée aux équipes mobiles depuis 2004 au moins, les rapports antérieurs n'étant pas disponibles. Deux infirmier-e-s sont détaché-e-s par le centre hospitalier régional, sur un financement spécifique assuré par l'ARS (alors que l'association porteuse est financée à 95 % par la DDCS). Le premier est détaché de façon permanente, tandis que la seconde l'est de façon temporaire, pour assurer un renfort hivernal durant la période de veille

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

saisonnière. Frédéric, détaché de façon permanente, assure deux missions : d'une part, l'accès aux soins des sans-abri et, d'autre part, la continuité des soins. Cette seconde mission renvoie moins au travail de rue qu'à un suivi plus diffus et mis en œuvre avec d'autres professionnels de santé. Il s'agit d'obtenir des informations auprès des institutions sanitaires de la métropole, les hôpitaux en premier lieu, plus rarement des médecins de ville. Pour ce faire, Frédéric s'appuie sur un réseau de santé métropolitain consacré à la précarité, dont la visée est aussi d'assurer la continuité et la coordination des parcours de soins (voir chapitre 7), et il considère que sans celui-ci, il « *ne pourrait pas travailler* ». Sa mission d'accès aux soins se rapporte plus spécifiquement au travail mis en œuvre dans le cadre de la maraude :

> L'accès aux soins, là ça va vraiment être par rapport aux personnes à la rue, spécifiquement. La mission des équipes mobiles quoi. D'apporter de l'aide au niveau de la santé, par rapport aux personnes qu'on retrouve dehors, qui va être… enfin c'est vraiment la mission de base d'un personnel social ou médical à la rue, avec un public de rue, c'est aller se faire connaitre, se faire reconnaitre, se faire accepter, et parfois ça prend des semaines, des mois, de rentrer dans l'intimité des gens, parce que c'est leur lieu de vie… de comprendre leur façon de fonctionner, avec l'endroit où ils vivent, l'endroit où ils vont manger, l'endroit où ils vont se laver… voilà, essayer de comprendre tout ça.
>
> Frédéric, infirmier au Samu social, 47 ans

La description du travail d'accès aux soins par cet infirmier fait directement écho aux éléments rapportés à propos des maraudes de la veille sociale. On montre plus loin qu'en dépit des différences de disciplines, de statut et d'appartenance professionnelle, les maraudeurs de la veille sociale et sanitaire réalisent des missions très complémentaires et travaillent en étroite coordination. Quant à Chaïma, son travail se rattache plus directement à la veille saisonnière et à l'organisation spécifique qui se déploie dans ce cadre :

> Avec Frédéric on s'est mis d'accord pour que je m'axe sur les structures pendant la veille saisonnière, étant donné qu'ils ont pas de représentants sanitaires. Du coup, je me rendais dans les structures pour faire un point d'abord avec l'équipe, présenter mon travail et repérer avec eux les situations sanitaires, où il y a des problématiques de santé. Donc je rencontrais les personnes, je faisais un point avec les familles ou les isolés. Et de là, en fonction de la pathologie ou de la gravité, soit je les orientais vers les hôpitaux, je prenais les rendez-vous, etc. J'étais amenée à les accompagner, pour certaines personnes où il y avait une barrière de la langue, ou bien s'il y avait du stress… ou si elles étaient en demande, tout simplement. Et c'est aussi orienter les équipes sur de possibles démarches, type ouverture de droit sécu, orientation pour une demande de titre de séjour pour soins ou autre, mais c'était une orientation, c'est pas moi qui faisais ce travail parce que c'est plus versant social. Donc j'aidais, et puis voilà, on se mettait d'accord : si l'équipe était en demande, avait besoin que je vienne, je me rendais sur les structures… ça nous a permis, sur la veille saisonnière, de juger les situations particulièrement préoccupantes au niveau sanitaire, en vue de la fin de la période…
>
> Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

La veille saisonnière est synonyme de hausse de l'activité pour l'ensemble des acteurs du système de prise en charge. Dans cette optique, alors que Frédéric assure un travail de rue et de liaison entre usagers, dispositifs de prise en charge et institutions sanitaires, Chaïma est chargée de se rendre auprès des dispositifs d'hébergement ouverts jusqu'au 31 mars. Elle doit

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

répondre aux questions et besoins des travailleurs sociaux relatifs à la santé des personnes qu'ils accueillent, mais aussi et surtout d'identifier les personnes dont l'état est susceptible de justifier une solution d'hébergement à l'issue de la période de veille. Dans ce cadre, elle ne réalise pas de diagnostic formel, mais étudie les dossiers médicaux des personnes signalées par les travailleurs sociaux et émet un avis quant au degré de « *préoccupation* » qui en ressort :

> En fait je fais d'abord un travail seule quand je me rends dans les structures : donc repérer les situations, faire entre guillemets un tableau en les priorisant, et ensuite comme moi j'ai rencontré les familles, donc on est quand même touché donc je me suis dit que j'étais peut-être pas subjective… heu objective ! Donc j'ai demandé à Frédéric de repasser derrière moi, qui avait un regard extérieur, et de jauger si c'était bon ou pas. Bon, ça va, on était en accord ! Mais je demande toujours à Frédéric, je veux qu'il y ait un regard neutre, pour pas avoir en tête les enfants que j'ai vus. Mais bon… on travaille dans le social on a un cœur quoi, donc c'est compliqué, mais bon on est automatiquement touchés.
>
> Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

Les avis émis par Chaïma quant à la vulnérabilité des personnes qu'elle rencontre sont susceptibles de donner accès à des hébergements plus pérennes que ceux de la veille saisonnière, par définition limités dans le temps. On verra au chapitre 6 que ces avis n'ont pas toujours d'effet, car d'autres critères jouent aussi dans l'accès à l'hébergement. Dans cet extrait, Chaïma témoigne en outre de sa difficulté à distinguer les pathologies, des personnes qui en souffrent. La « *neutralité* » à laquelle elle fait référence, et qui renvoie implicitement à une posture professionnelle idéale, parait ici lui faire défaut. Cette « *distance au rôle* » (Goffman 2002) d'infirmière est d'autant plus saisissable du fait du contexte de travail – le « *social* » et les situations qui l'incarnent –, des effets que les avis de Chaïma ont sur la vie des personnes qu'elle rencontre et qui s'apparentent à des « *choix tragiques* » (Elster 1992), mais aussi du fait de la courte expérience professionnelle de l'infirmière. S'il partage le même statut que Chaïma, Frédéric a 20 ans d'ancienneté de plus et parait dès lors assurer le contrôle d'une décision à caractère éthique (Paillet 2007). Au-delà du rapport au travail, cet écart générationnel se traduit par des aspirations professionnelles opposées (encadré 5.19).

Encadré 5.19 : les trajectoires socioprofessionnelles des infirmier-e-s maraudeur-euse-s.

D'origine populaire, Frédéric est né en 1969 (47 ans au moment de l'entretien), dans le nord de la France. Il est infirmier diplômé d'État depuis le milieu des années 1990 et a travaillé durant près de quinze ans à l'hôpital. Il explique avoir « *voyagé un peu* », dans les services de gériatrie, de stomatologie, de maxillo-facial, ou encore d'urologie. Néanmoins, il souligne avoir « *surtout fait les urgences* », ce qui le prédispose à l'accueil et au soin des populations les plus précaires (Dodier et Camus 1997 ; Peneff 2000 ; Wolff 2018). Il rejoint le Samu social en 2010 en saisissant une opportunité par le biais de la bourse de l'emploi hospitalière. Cette orientation est présentée comme relevant de l'évidence du fait de sa « *fibre sociale* ». Ses débuts sont néanmoins difficiles : il se dit « *complètement perdu* » hors du système hospitalier, et il avait mal anticipé le profil des populations prises en charge par le Samu social – « *je découvrais un nouveau monde quoi. Enfin… j'ai découvert vraiment la précarité, je pensais la connaitre aux urgences justement* ». Au-delà de la population, c'est un nouveau positionnement, à l'interface d'acteurs médicaux et sociaux, qu'il doit assimiler : « *J'ai découvert un autre fonctionnement, un autre monde, le social, avec ses façons de faire, son langage, voilà… avec un poste du coup au milieu entre les deux. Puisqu'on me*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

disait de faire la jointure, le tampon, enfin l'articulation entre le social et le médical, et ça me paraissait deux mondes tellement opposés, qui ne veulent, a priori*, ne veulent pas travailler ensemble, et je voyais pas comment on pouvait articuler ça quoi. J'avais l'impression que c'était un chantier énorme en fait, c'est surtout ça* ». En dépit de ces difficultés initiales, Frédéric s'adapte à son nouveau cadre de travail. Il explique désormais : « *C'est trop bien là. Y'a plus l'hôpital, et tout ça… Non non, et puis j'aime vraiment le boulot que je fais quoi* ». Tout au long de l'entretien et à travers ses prises de position, cette affinité parait se nourrir d'un net rejet du cadre hospitalier et de l'autorité des médecins.

Chaïma, également d'origine populaire, est nettement plus jeune que Frédéric puisqu'elle est née en 1989 (27 ans au moment de l'entretien). Elle est diplômée depuis peu au moment de l'entretien, mais explique avoir été orientée vers le Samu social en raison de son profil, c'est-à-dire des stages qu'elle a exercés durant ses études et qui l'ont socialisée à la prise en charge de la question sociale : « *J'avais fait beaucoup de psychiatrie, j'avais été en addicto, j'avais une approche au niveau des personnes âgées également… donc automatiquement la DRH a pensé à moi pour ce poste* ». Elle commence à travailler au Samu social en assurant le travail de renfort en période de veille saisonnière, puis est amenée à remplacer Frédéric, en arrêt maladie pendant plusieurs mois. À l'issue de ce remplacement, elle assure une seconde veille saisonnière. Si ce poste parait lui plaire tout au long de sa période de détachement, elle se dit aussi pressée de retrouver l'hôpital, où elle espère pouvoir intégrer le service des urgences.

La différence de positionnement dans les carrières de ces deux professionnels – Chaïma est à ses débuts tandis que Frédéric a près de 20 ans d'expérience, dont 15 à l'hôpital – explique en partie leurs aspirations différentes, qu'il faut néanmoins aussi rapporter au travail qu'il et elle réalisent. En dépit de l'attrait que Chaïma exprime pour le poste au Samu social, elle est probablement consciente qu'une inscription précoce et trop marquée dans le secteur social ou médico-social risquerait de compromettre ses chances de réintégrer le milieu médical à plus long terme. À l'inverse, Frédéric, qui connait bien le milieu hospitalier et les rapports conflictuels qui peuvent y exister avec les médecins, jouit d'une position stable au sein du système local de prise en charge local, qu'il ne quitterait « *pour rien au monde* ». En réalité, au tournant de l'année 2018/2019, il aspire à changer de poste : il évoque en effet la possibilité de coordonner un réseau de santé en lien avec les problématiques de précarité. Cette aspiration témoigne d'une volonté d'ascension professionnelle : le travail de coordination d'un réseau s'apparente, à certains égards, à celui d'un cadre de santé[143]. Il constitue pour la profession infirmière une perspective d'évolution professionnelle, qui se traduit par une mise à distance de la pratique du soin et un accent mis sur le travail relationnel mais aussi gestionnaire (Divay et Gadéa 2008 ; Gadéa 2013 ; Divay 2018).

2. La maraude psychiatrique, dispositif-frontière

Si la maraude infirmière du Samu social a pour visée de prendre en charge les problématiques de santé somatique, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont leur

[143] Malgré des différences marquées : les cadres de santé hospitaliers relèvent encore de la fonction publique hospitalière, en dépit d'évolutions récentes des modalités de promotion et de recrutement pouvant mener à l'acquisition du statut (Divay 2018). Par ailleurs, les cadres de santé hospitaliers s'inscrivent dans un ensemble de tâches plus managériales que relationnelles, qu'on peut relier aux évolutions du secteur hospitalier (Feroni 2018).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

équivalent dans le domaine de la santé mentale. Elles ont deux objectifs principaux : assurer l'accès aux soins de personnes n'ayant pas, ou très peu, recours aux dispositifs de santé mentale de droit commun en allant à leur rencontre ; créer une liaison entre les dispositifs de prise en charge de la « *précarité* » et les secteurs de psychiatrie, notamment dans l'optique de mettre fin « *au malaise des professionnels de première ligne* » (circulaire du 23 novembre 2005), c'est-à-dire principalement des travailleurs sociaux, face aux troubles psychiques des populations qu'ils accompagnent. On retrouve ainsi, sous une forme réactualisée, les constats réalisés dix ans plus tôt par le rapport Strohl-Lazarus, et notamment la double facette de la souffrance psychique : celle des usagers et des personnes en situation de précarité, d'une part, celle des professionnels chargés de les accompagner, d'autre part. Au-delà de ce constat, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) occupent une position intermédiaire entre le droit commun et les institutions spécialisées :

> Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment. Elles reposent toutefois sur un principe général d'organisation, qui situe les soins psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion dans le champ des missions de « droit commun » des équipes de psychiatrie publique, au titre des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont confiées.
>
> Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005

En mettant sur un même plan le constat de l'hétérogénéité des cas auprès desquels les EMPP sont amenées à intervenir et le rattachement de leur pratique au droit commun, la circulaire témoigne d'une volonté d'inscription de ce dispositif dans le service public de santé avec ses visées d'adaptabilité, de continuité et de gratuité. Plus précisément, divers éléments soulignent que les EMPP s'apparentent à des *dispositifs frontières*, dont la fonction principale est d'incarner l'interface entre des dispositifs de plus en plus spécialisés, notamment dans le secteur social et médico-social, et le droit commun de la psychiatrie, c'est-à-dire les institutions de secteur, en assurant le relais entre ces deux mondes professionnels (Marques 2013).

Dans le nord de la France, on recense onze EMPP, assez différentes du point de vue de leur organisation, du nombre et du statut des professionnels qui y travaillent, ou encore de leurs modes d'intervention privilégiés (Baux et al. 2016). L'EMPP qui nous intéresse a été créée en 1997, soit huit ans avant la circulaire de 2005. Pour autant, elle n'est pas le premier dispositif de ce type : l'année précédente, une équipe similaire était créée dans le Nord, alors que ce type d'initiatives était mis en œuvre dès la fin des 1980 en région parisienne – Ana Marques souligne ainsi que l'EMPP qu'elle étudie en région parisienne est aussi créée dès 1998 (Marques 2010). L'EMPP étudiée dans cette thèse est étroitement liée à l'enquête réalisée par Jean-Luc Roelandt et Isabelle Guesdon au milieu des années 1990 (voir chapitre 2). Tous deux participent d'ailleurs à sa création, et les psychiatres qui sont amenés à y travailler présentent des profils

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

proches, s'inscrivant dans des réseaux affinitaires, professionnels ou politiques similaires, et témoignant de perspectives communes autour du soin psychique (encadré 5.20).

Encadré 5.20 : les trajectoires socioprofessionnelles des psychiatres de l'EMPP.

Trois psychiatres qui ont joué ou jouent un rôle dans l'EMPP ont été rencontrés au cours de l'enquête. Jean Quarens a participé à sa création 1997, Yvette Ragard y a travaillé un court moment entre 2009 et 2010, et Pietro Prandelli y travaille au moment de l'enquête.

Jean Quarens est né en 1948, à Strasbourg. Fils d'un employé EDF et d'une mère secrétaire puis mère au foyer, il grandit dans le Valenciennois, d'où est originaire sa famille. Bon élève, il obtient son bac, s'oriente vers les études de médecine sur le conseil de son père. Au début de ses études, son « *profil de carrière* » idéal est d'être médecin généraliste en banlieue ouvrière, puis de finir maire d'une petite commune. Il entame donc ses études, tout en continuant à « *militer à gauche, pour que l'ascenseur républicain puisse permettre à tout le monde* » de faire ce à quoi il aspire. Quarens explique ainsi avoir été membre du PSU, puis du PS et se dit « *rocardien, avant d'être socialiste d'une certaine façon* » : il siège au conseil municipal de Lille durant douze ans. Toujours bien classé, il réalise tous les stages qu'il souhaite au cours de ses études. Son premier stage en psychiatrie est un déclic : il réitère, puis réalise son internat en psychiatrie. Diplômé en 1975, il explique qu'avec son « *copain Jean-Luc [Roelandt]* », ils font partie des premières « *fournées* » de psychiatres, après la réforme de 1969 qui distingue neuropsychiatrie et psychiatrie. Il commence à travailler dans une petite unité innovante, qui amorce le déploiement de la politique de secteur dans le Nord. Il devient chef de service en 1981, puis président de la commission médicale d'établissement d'un EPSM. À la fin des années 1990, il participe activement à la création de l'EMPP étudiée.

Yvette Ragard est née en 1948. Elle est fille d'ouvrier du bâtiment et d'une secrétaire comptable. Elle grandit dans les Landes, dans un milieu « *semi-rural, semi-urbain* », auprès d'exilés politiques espagnols et d'une communauté portugaise. Elle explique grandir dans un milieu syndiqué « *par défaut* », sans réel engagement ni religieux ni militant. Ragard montre une certaine fierté en évoquant ses origines, notamment parce qu'elle est la première de sa famille, qui plus est en étant femme, à avoir accès à l'université. Elle s'oriente vers la pédopsychiatrie et elle est diplômée en 1977. Occupant divers postes, elle aspire à quitter la France et suit une formation sur le travail dans le « *tiers monde, puisque ça s'appelait comme ça à l'époque* ». Elle part au Guatemala en mission humanitaire au début des années 1980, occupant un poste de coordinatrice médicale au moment de la guerre civile. Elle reste 5 ans au Guatemala, rentre en France puis repart en 1989 pour l'Afrique du Sud, avec Médecins du monde. Elle y assure de la coordination humanitaire avant de trouver un poste dans un service de psychiatrie. Elle y reste jusqu'en 2009, date à laquelle elle et son mari, un français originaire du nord de la France, rentrent au pays. C'est à ce moment qu'elle commence à travailler avec l'EMPP, dans l'optique de prolonger sa pratique du soin auprès de populations vulnérables et dans des contextes marqués par la précarité et la violence. Si elle n'y occupe le poste de psychiatre référente qu'un an, elle est très appréciée des professionnels, notamment sociaux, avec qui elle travaille. Aujourd'hui à la retraite, elle maintient son engagement en assurant des consultations bénévoles dans un centre de santé de la métropole.

De nationalité italienne, Pietro Prandelli, est né en 1953. Au moment de l'enquête, il est le psychiatre référent de l'EMPP. Il est diplômé en psychiatrie en 1978. Prandelli s'est formé auprès de Franco Basaglia, principal concepteur de la politique italienne de « désinstitutionalisation ». La conception du soin psychique de Prandelli s'en ressent nettement. Il explique : « Dans ma vision il n'y aucun clivage entre ce qui est médical, ce qui est médico-social ou psycho-social. La prise en charge de la santé mentale de la population ne peut pas se passer de voir les trois moments comme un seul moment ». À Trieste, Prandelli travaille ainsi en collaboration étroite avec les services médicaux, avec les administrations et avec les acteurs sociaux. Il n'existe pas de dispositif dont la visée principale si ce n'est unique est de soigner les personnes en situation de précarité : s'il est amené à soigner des personnes sans-domicile, celles-ci ne constituent pas l'ensemble du « tout-venant ». C'est également par le biais de Jean-Luc Roelandt, avec qui il entretient des liens étroits depuis longtemps, qu'il prend connaissance de l'équipe mobile. Il commence à travailler en France en 2010 pour une durée initialement supposée brève, mais s'installe finalement durablement dans le nord de la France. En plus de l'encadrement qu'il assure dans le cadre de l'EMPP, il

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

est également en charge à temps partiel d'un service dédié aux hospitalisations longues, ayant pour visée de faire sortir les patients qui en relèvent pour les orienter vers des dispositifs ouverts.

Des différences marquées existent entre ces psychiatres : Quarens a réalisé l'intégralité de sa carrière dans les institutions psychiatriques, participant de la mise en œuvre de la politique de sectorisation ; Ragard a inscrit sa pratique dans le travail humanitaire et l'accès aux soins, la psychiatrie n'occupant finalement qu'une dimension marginale dans cette perspective ; Prandelli a quant à lui travaillé dans un contexte assez spécifique, la ville de Trieste, berceau de la politique de désinstitutionalisation italienne et référence centrale de la politique de sectorisation. Tous témoignent d'un attachement plus ou moins marqué au service public et à l'égalité d'accès à la santé. Par ailleurs, leur engagement professionnel apparait à chaque fois lié à un engagement qui se décline de diverses manières : politique pour Quarens, humanitaire pour Ragard, social pour Prandelli. Ragard et Prandelli ont par ailleurs en commun d'avoir précocement travaillé dans des contextes où la psychiatrie n'opère pas de manière autonome, mais en lien étroit avec des acteurs sociaux et médicaux. Au-delà de ces points communs néanmoins, c'est la personne de Jean-Luc Roelandt qui apparait comme une figure de référence commune à ces différents professionnels.

En plus de Pietro Prandelli, le psychiatre référent, l'EMPP est aujourd'hui composée de treize professionnels, tous détachés à temps plein ou partiel d'un secteur de psychiatrie, ce qui permet d'assurer le lien avec le droit commun. Trois infirmiers en psychiatrie travaillent à temps plein ou presque dans le cadre du dispositif et sont chargés d'assurer les maraudes avec le Samu social ou, plus ponctuellement, de se rendre dans les CHRS lorsque des professionnels les sollicitent ; six infirmier-e-s psychiatriques sont détachés à temps partiel de leurs secteurs et interviennent auprès des dispositifs implantés sur les territoires de leurs secteurs ; certain-e-s d'entre eux et elles réalisent des permanences dans divers dispositifs d'accueil ou d'hébergement ; enfin, deux secrétaires assurent le travail administratif et de liaison avec les partenaires. L'équipe est ainsi pluriprofessionnelle plutôt que pluridisciplinaire : de fait, la circulaire n'impose pas la présence de travailleurs sociaux dans la composition des EMPP. Si ces dernières ont vocation à s'inscrire au croisement du champ de la santé mentale et du secteur social et médico-social, l'absence de travailleurs sociaux au sein de l'équipe témoigne du choix d'ancrer l'EMPP dans une démarche soignante et de « *respecter les territoires de compétence des uns et des autres* » (verbatim de Jean Quarens). La circulaire de 2005 insiste en revanche sur la nécessité de recruter des « *personnels expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social qui devront,* a minima*, être formés et connaitre les modes d'intervention dans ce secteur* ». Si tous les membres de l'équipe n'ont pas été interrogés, les trajectoires de trois d'entre eux, dont le temps de travail est majoritairement consacré à l'EMPP, suggèrent des modalités de socialisation diverses à la prise en charge de la question sociale (encadré 5.21).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 5.21 : les trajectoires socioprofessionnelles des infirmiers de l'EMPP

Tom est né en 1970. Il est titulaire d'un diplôme d'infirmier d'État obtenu en 1993 et s'est précocement spécialisé en psychiatrie à travers une formation suivie à la faculté de médecine. Tom a d'abord travaillé dans un cadre hospitalier, en unité fermée et auprès de malades qu'il décrit comme « *difficiles* » en raison de « *grosses carences, de grosses incapacités, des comportements très violents, physiquement, verbalement* ». Il s'oriente ensuite vers les dispositifs de secteur. Il explique y rencontrer « *tout type de publics* », mais donne principalement des exemples de patients intégrés. C'est dans le cadre de postes aux urgences générales, puis psychiatriques, qu'il est confronté à des personnes en situation de précarité et qu'il commence à s'intéresser à la question. La création d'un poste d'infirmier à temps plein au sein de l'EMPP en 2008 est une opportunité qu'il saisit. Tom explique aussi être « *formateur* », dans le cadre de divers dispositifs de formation de gestion de la violence. Par ailleurs, il suit au moment de l'enquête un diplôme d'ingénierie sociale et sanitaire.

Né en 1973, Xavier obtient son diplôme d'infirmier d'État en 1999. Il commence à travailler à mi-temps dans une association qui promeut la réduction des risques : dans ce cadre, il visite des squats et distribue des seringues. À l'issue de son contrat, il s'orienter vers l'établissement public de santé mentale pour « *faire de la psychiatrie* », comme il y aspire depuis plusieurs années. Il travaille quelques mois au sein de l'hôpital, avant d'obtenir un poste d'infirmier détaché aux activités sportives thérapeutiques. Il travaille à la fois « *en services* », c'est-à-dire dans des services d'hospitalisation et en ambulatoire. Il occupe ce poste pendant 6 ans, avant de s'orienter vers la pédopsychiatrie, et plus précisément vers la prise en charge des populations adolescentes, à un moment où peu de dispositifs spécifiques existent dans la région. Il commence à travailler en ambulatoire, avant d'être affilié à une clinique de l'adolescent. Le projet fait rapidement l'objet de coupes budgétaires. Xavier connait ensuite une période de chômage, avant d'obtenir un poste au sein de l'EMPP en 2014, après avoir candidaté une première fois cinq ans plus tôt. Il explique que la dimension mobile du poste lui plait particulièrement, comme dans ses autres expériences en ambulatoire.

Né en 1960, Marc est titulaire d'un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, formation qui n'existe plus désormais. Par rapport à ses collègues, Marc réalise très tôt des stages à l'hôpital psychiatrique, dans divers services. À l'issue de sa formation, il commence à travailler dans un EPSM de la région. Très sportif, il obtient un diplôme de maitre-nageur, et peut ainsi assurer des surveillances au sein de la piscine de l'hôpital. Lorsque la piscine ferme – avec d'autres services, dans le cadre de la politique de sectorisation –, il poursuit dans cette voie en passant un brevet d'État d'éducateur sportif. Il travaille alors avec des personnes handicapées et prend ses distances avec la psychiatrie, après y avoir travaillé une dizaine d'années. Au milieu des années 1990, il change de région et occupe divers postes, plus ou moins liés à la santé mentale. À son retour dans le nord en 2004, il a le choix entre deux postes, l'un à l'EPSM, l'autre en prise en charge des toxicomanies. C'est ce second poste qu'il choisit, et qui parait lui plaire beaucoup. Il suit un diplôme universitaire en addictologie afin de se former. C'est un collègue qui lui parle du poste d'infirmier au sein de l'EMPP, en 2010. S'il n'aspire d'abord pas à changer de poste dans la mesure où celui-ci qu'il occupe lui plait, l'idée finit par faire son chemin, et il est embauché dans la foulée. Il explique en riant, « *c'est un peu grâce, ou à cause* » de ce collègue, qu'il occupe son poste actuel.

Les membres de l'EMPP interrogés entretiennent un rapport ambivalent au secteur social. Si tous ont eu des expériences professionnelles qui les ont sensibilisés à l'hétéronomie et la pluridisciplinarité des contextes de travail, l'EMPP constitue la principale matrice de socialisation professionnelle, ou la plus durable, à des dispositifs ne relevant pas spécifiquement de la psychiatrie. Xavier et Marc, à travers des postes occupés dans le cadre de la prise en charge des toxicomanies, y sont également socialisés, sans pour autant s'inscrire dans une approche spécifiquement psychiatrique. Quant à Tom, c'est principalement les services des urgences qui l'ont amené à soigner des personnes en situation de précarité. La formation d'ingénierie sociale

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

et sanitaire qu'il suit suggère autant une aspiration de formation approfondie au travail pluridisciplinaire qu'une aspiration à évoluer professionnellement.

III. Produire le continuum entre *care* et *cure* : la coordination des maraudes sociales et sanitaires

L'organisation des maraudes sanitaires se caractérise par la centralité des professionnels paramédicaux et par la quasi-absence de médecins dans leur organisation (0,5 ETP en tout, assuré par le psychiatre de l'EMPP). Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la place du soin dans le travail de ces maraudes et sur l'articulation du *care* et du *cure* qu'elles sont supposées assurer. Cette interrogation amène aussi à considérer que la pratique du soin, comme dans d'autres contextes caractérisés par leur vulnérabilité, est susceptible de se révéler différente de ce qu'il est dans des contextes plus classiques. À partir de ces considérations, il est possible d'expliciter le rôle d'interface joué par les maraudes sociales et sanitaires, entre les institutions de prise en charge des personnes sans-domicile, par définition spécialisées, et le droit commun. Ce faisant, c'est la production d'un continuum entre *care* et *cure* qui est analysée, ses conditions de possibilité et ses effets en termes de division du travail. Dans cette optique, on s'attache dans un premier temps à analyser le travail mis en œuvre par la maraude infirmière : ce travail ne dépend pas d'une autorité médicale mais s'opère de façon largement autonome, que ce soit à la demande de travailleurs sociaux, à celle de personnes sans-abri, ou à l'initiative propre des infirmier-e-s (1). Dans un second temps, on évoque le travail de coordination mis en œuvre par les maraudes sociales et sanitaires dans l'optique d'assurer la liaison entre le secteur social et médico-social, et le champ médical (2).

1. « Bobologie » et compétences relationnelles

Comme dans le cadre de la veille sociale, le travail de maraude infirmière consiste, pour l'essentiel, en un travail de liaison. Au-delà des dispositifs et institutions de prise en charge, c'est avec les sans-abri eux-mêmes que la liaison doit être opérée. La création du lien prend du temps et implique une approche spécifique et peu habituelle dans la pratique du soin, où l'autorité médicale – ici paramédicale – tend à s'imposer d'autant plus frontalement et avec d'autant moins de résistances que les patients se situent dans les fractions dominées de l'espace social (Boltanski 1971 ; Loretti 2017). Dans le cas des sans-abri néanmoins, cette autorité perd paradoxalement de son efficience, en dépit de l'asymétrie radicale vis-à-vis des soignants, le contexte de rue étant par ailleurs peu propice à la réalisation du soin. De fait, une part importante

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

de cette population a peu, très peu voire pas du tout recours aux institutions de soins (Gardella, Laporte, et Le Méner 2008 ; Rode 2010 ; Warin 2016), qu'elles soient de droit commun (hôpital, médecine de ville) ou spécialisées (centres de santé, PASS). Parce qu'ils y sont peu socialisés, les sans-abri ont peu recours aux soins, y compris lorsque la maraude infirmière les leur apporte directement :

> Parce que globalement, on est quand même face à un refus de soins assez terrible quand même à la rue, puisque la santé n'est pas la priorité de gens qui sont dehors. Et ils te le disent clairement : « *je n'ai pas de toit, donc ma santé, c'est pas prioritaire. Je sais pas ce que je vais manger, je sais pas où je vais dormir, donc me soigner, non* ». Du coup, c'est assez difficile de les amener aux soins quand c'est pas dans le cadre de l'urgence. Je me rends compte que les pathologies que l'on prend en charge, elles sont souvent prises en charge très tard, de façon tardive, consciente ou inconsciente, par les gens : les gens qui se disent clairement, « *c'est pas ma priorité parce que je suis dehors* », c'est des gens qui, à force d'être dehors, d'être marginalisés, vont oublier le corps, et pas forcément ressentir de douleurs ou de signes de pathologies, et les méconnaitre quoi. Ils ne se rendent même pas compte qu'ils ont un problème. Donc c'est là qu'on va les voir, leur faire prendre conscience du truc, de la problématique de santé… enfin c'est long quoi. On finit par y arriver quand même, et j'arrive à le gérer, parce que par rapport à mon expérience dans le milieu médical justement, j'ai revu mes exigences à la baisse. Je me suis mis à la hauteur des gens qui sont en face de moi, hein, voilà : c'est eux qui décident, voilà. C'est à moi de faire en sorte que, et c'est leur choix, voilà. Et s'ils n'ont pas envie, c'est que c'est pas le moment, on reviendra.
>
> Frédéric, infirmier au Samu social, 47 ans

Frédéric témoigne ici d'une adaptation de ses pratiques à la culture somatique des personnes qu'il rencontre. Celle-ci peut se définir comme l'ensemble des normes et de valeurs d'un groupe, qui structurent le rapport que ses membres entretiennent à leur corps et à leur tendance à en prendre soin, à l'optimiser, à le rétrograder ou à l'oublier (Boltanski 1971). Dans l'extrait qui précède, la culture somatique des sans-abri se caractérise par une dureté au mal poussée jusqu'à l'oblitération de la douleur, un seuil d'identification de la nécessité à se soigner particulièrement haut, qui résulte d'une hiérarchisation originale des besoins, enfin une faible capacité à identifier les affections physiologiques et psychologiques (Gardella, Laporte, et Le Méner 2008 ; Benoist 2008, 2010 ; Coulomb 2016). Ces différentes caractéristiques témoignent d'une faible compétence médicale et font écho aux travaux des médecins de Nanterre sur la désocialisation, sans néanmoins que Frédéric les cite durant l'entretien. Il explique avoir « *revu ses exigences à la baisse* » et part du principe que « *c'est eux qui décident* », ce que l'on peut analyser comme une euphémisation de l'ethnocentrisme médical qui tend à caractériser de nombreux professionnels de santé exerçant dans des institutions qui conditionnent et sont favorables à l'exercice de leur pouvoir – hôpital, cabinet, etc. (Freidson 1960, 1970c). Cette remarque doit par ailleurs être mise en perspective avec le regard que cet infirmier jette sur l'hôpital :

> Le système [hospitalier] fait que c'est pas la personne, enfin, c'est pas le système qui va s'adapter à la personne, mais c'est l'inverse qui doit se produire pour que ça se passe bien. Alors que ça devrait vraiment être l'inverse quoi.
>
> Frédéric, 47 ans, infirmier au Samu social détaché du CHR

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

L'inertie de l'institution hospitalière, dont le fonctionnement repose sur une organisation fortement normée et peu flexible, laisse peu de place aux velléités de ses usagers d'influer sur cette organisation (Peneff 1992). Par comparaison, les maraudes sanitaires, et plus largement les dispositifs médicaux spécialisés, ont davantage vocation à s'adapter aux personnes sans-domicile, à leurs besoins propres et au sens qu'ils donnent aux soins, bien que cette adaptation s'opère souvent à travers un travail plus ou moins long et complexe. Les rapports de l'infirmier et des sans-abri sont faits de négociations, d'incitations, de bluff de part et d'autre, d'ajustements réciproques qui sont susceptibles, à terme, de produire le soin (Coulomb 2016). Un large pan de son travail est donc consacré à la création de la relation d'aide et à l'apprentissage des pratiques et modes de vie des personnes en rue, et ce travail n'est pas fondamentalement différent de celui mis en œuvre par les travailleurs sociaux. La maraude infirmière ne soigne pas, ou seulement à la marge. Les observations réalisées suggèrent que ces infirmier-e-s du Samu social assurent principalement, et presque exclusivement, un travail de liaison avec les dispositifs de santé droit commun ou spécialisés. Le principal acte médical observé au cours de l'enquête a été une mesure de tension artérielle, pour une personne par ailleurs déjà diagnostiquée pour de l'hypertension. L'acte s'inscrivait ainsi dans une optique de veille sanitaire plutôt que de soin. Les actes de soins représentent finalement la portion congrue du travail et s'apparentent à de la « *bobologie* » :

> J'essaie de pas faire beaucoup de bobologie, puisque l'idée c'est d'amener les gens vers le soin. Alors après ça dépend ce qu'on entend par bobologie. Faire des petits pansements à la rue ou des choses comme ça, je vais pouvoir les faire, mais pour une entrée en matière : parce que le fait de s'occuper du corps va permettre aux personnes de se livrer un peu. Mais je ne vais pas soigner : je ne suis pas un infirmier libéral de rue quoi. Il est pas question de ça. Il est question d'amener aux soins, parce que pour des raisons d'hygiène et d'asepsie, on soigne pas sur le trottoir quoi. Et parce que les gens doivent s'intégrer au droit commun, et prendre conscience qu'ils doivent aller vers la santé quoi. Donc j'essaie de faire le moins possible quoi.
>
> Frédéric, 47 ans, infirmier au Samu social détaché du CHR

L'extrait témoigne de la dimension très limitée des actes techniques dans le contexte des maraudes. Cette limitation se justifie par des motifs spécifiquement sanitaires (l'asepsie), mais aussi dans une visée plus large de réaffiliation des sans-abri aux soins et au système de santé de droit commun. La « *bobologie* » désigne donc des actes médicaux simples (pansements, prises de tension, délivrance de médicaments légers), qui visent au moins autant, si ce n'est davantage, à rassurer, à témoigner de la sollicitude et à créer du lien qu'à soigner. Frédéric explique ainsi que certains actes sont des « *entrées en matière* » qui peuvent amener les personnes à « *se livrer* ». La limite entre le soin et le « *prendre soin* », le *cure* et le *care*, se brouille :

> Parce que ce sont des personnes qui sont pas autonomes, qui prennent le soin… pour eux, c'est pas la priorité, c'est quelque chose qui passe après. Donc on essaie de faire revenir le soin dans les

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

priorités. On travaille sur ça, on travaille sur l'hygiène, on rassure beaucoup les personnes, des fois, on passe, quand il y a pas de soins, on passe aussi « en mode *care* » : donc c'est assurer du social en fait, être présent pour eux, faire de la veille.

Donc si je comprends bien, dans tes pratiques il y a assez peu de soin, et c'est plus de la coordination, de l'orientation …

C'est ça, c'est exactement ça. Et du coup, les seules pratiques vraiment, que j'effectue, c'est quand il y a des « *accompagnements douche* ». Donc tout ce qui est hygiène. Ou on propose à la personne des soins pieds, etc. c'est quelque chose qui est très répandu. Tout ce qui est au niveau dermato. Donc on essaie de travailler ça. Après, en fonction du lien de confiance, on peut être amenés, quand on les amène au centre de soins, à effectuer nous-mêmes les soins, mais c'est rare. On essaie de laisser la place à l'infirmière sur place.

Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

Les pratiques les plus explicitement médicales dans le cadre du soin sont celles se rapportant à l'hygiène corporelle, domaine emblématique de la proximité, voire de la confusion entre *care* et *cure*. Chaïma suggère d'ailleurs qu'une partie de ce travail n'est pas assurée par elle-même mais par les centres de santé, l'infirmière ayant alors pour mission d'amener les sans-abri aux soins. En dehors du cadre de l'entretien, Chaïma explique d'ailleurs que c'est précisément l'absence de pratique « technique » qui lui manque et justifie son aspiration à travailler à l'hôpital, où ce type de compétences prédomine et est valorisé, notamment parce que le travail relationnel et émotionnel assuré par les professionnels paramédicaux est largement invisibilisé (Arborio 1995, 2001 ; Drulhe 2000). Là où Frédéric estime avoir suffisamment pratiqué le soin et aspire à se concentrer sur la dimension la plus relationnelle du métier d'infirmier, Chaïma apparait ainsi davantage disposée à renforcer la partie la plus technique de son savoir-faire. Ces aspirations diverses permettent en outre de souligner le rôle déterminant des professionnels paramédicaux dans des contextes de travail qui ne relèvent pas exclusivement du secteur médical, mais au sein desquels les problématiques de santé apparaissent omniprésentes. L'absence de médecins dans le cadre des maraudes infirmières contribue à la valorisation du travail infirmier, celui-ci s'affirmant comme l'autorité de référence sur les questions sanitaires. Lorsque Frédéric rejette nettement la pratique du soin – « *je ne vais pas soigner : je ne suis pas un infirmier libéral de rue* » –, il fait valoir la centralité des compétences relationnelles dans le travail de maraude et, au-delà, dans la prise en charge pluridisciplinaire des sans-domicile. Alors que cette dimension est invisibilisée, dévalorisée et systématiquement déléguée dans un cadre hospitalier, elle se trouve au centre du travail de veille sanitaire et participe directement de la liaison entre *care* et *cure*.

2. Coordination des maraudes et passages de relais

Au-delà de la centralité des compétences relationnelles dans le travail de maraude infirmière, divers éléments témoignent de la continuité entre veille sociale et veille sanitaire,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

ainsi que de la production d'un continuum menant du *care* au *cure*. Comme dans l'ensemble des dispositifs observés, des réunions se tiennent à échéances régulières, dans l'optique d'échanger des informations, de répartir le travail et de passer les relais qui peuvent s'imposer selon les statuts, les disciplines ou les institutions. Cinq réunions existent dans cette perspective (tableau 5.5).

Tableau 5.5 : les réunions de coordination des maraudes sociales et sanitaires

Acteurs en présence	**Échéance**	**Visée**
Entre trois et cinq éducateur-trice-s spécialisé-e-s, infirmier du Samu social, cadre éducatif	Chaque lundi après-midi	Organiser la veille, alerter sur des suivis, passer des informations
Entre un et trois éducateur-trice-s spécialisé-e-s, cadre éducatif des maraudes du Samu social, infirmiers psychiatriques et psychiatre de l'EMPP	Chaque jeudi après-midi	Organiser des maraudes concertées, faire le point sur les personnes suivies
Tous les membres de l'EMPP : psychiatres, infirmier-e-s psychiatriques, psychologues, secrétaire.	Chaque vendredi matin	Faire le point sur les personnes accompagnées, passer des informations
Un-e éducateur-trice spécialisé-e du Samu social, 2 maraudeur-euse-s de Lille Solidaire, un infirmier psychiatrique	Le premier mardi du mois	Organiser la veille, passer des informations sur les personnes suivies
Maraudeurs du Samu social (éducs et agents d'accueil), écoutant-e-s du 115, cadre éducatif.	Un lundi sur deux	Organiser la veille, passer des informations

La plupart de ces réunions ont des visées similaires : il s'agit de transférer des informations relatives aux personnes accompagnées ou aux dispositifs de prise en charge, d'alerter sur des dimensions pratiques de l'accompagnement, et d'organiser la division du travail de veille socio-sanitaire. Lors de ces réunions, ce sont souvent les mêmes situations qui sont évoquées : celles de personnes ayant connu un long parcours de rue, qui ont peu recours aux dispositifs d'accompagnement et de soins et sont largement mises à l'écart par les dispositifs d'hébergement, en raison du « *cumul des problématiques* » sociales, psychiatriques et médicales qui les définissent (encadré 5.22).

Encadré 5.22 : notes de terrain, les réunions de maraudes.

Réunion des maraudeurs du Samu social, lundi 2 mai 2016.

M. Callens : Frédéric, l'infirmier, évoque la situation. C'est un ancien de la rue, connu de tous. Il explique que pendant plusieurs jours, l'homme avait disparu et n'était pas localisable par les équipes de maraude. Il n'était pas non plus sur la place d'hébergement qui lui était attribué, et l'infirmier a dû batailler pour que celle-ci ne soit pas remise trop rapidement en disponibilité : étant donné l'état particulièrement dégradé de l'homme, celui-ci doit pouvoir se reposer temporairement. Les éducs font valoir que pendant ce temps, une autre personne ne peut pas profiter de la place de ce monsieur, laissée vide. S'engage un débat sur ce à quoi sert le Samu social. Les arguments fusent, quelqu'un avance : « *Au prix que coûte la place* », c'est difficile de la laisser vacante. Le cadre éducatif répond : « *ça on s'en fout, c'est pas notre problème* ». Frédéric acquiesce, mais répond : « *OK, mais le choix il est vite fait entre M. Callens et un cancéreux qui occupe sa place, et ça, c'est le problème du Samu social* ». Un éduc ajoute : « *D'autant que*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

c'est pas sûr que tout soit pathologique chez M. Callens ». Tout le monde acquiesce. L'infirmier finit par dire qu'il va tenter de faire le lien avec les services sociaux d'un hôpital pour voir s'il serait possible d'accueillir l'homme quelques nuits pour le « *retaper* » […].

***

Réunion commune EMPP/Samu social, 27 octobre 2016.

Mme Yasmina B. : [je reconnais ce nom lorsqu'il est prononcé, il s'agit d'une ancienne hébergée au sein d'un CHRS observé dans le cadre de l'enquête] le psychiatre prend de suite la parole. Il explique qu'il propose d'intervenir auprès de cette dame si l'accompagnement en cours avec une infirmière psychiatrique ne marche pas. La dimension sociale est évoquée : l'association qui la suit propose, en accord avec la dame, de tenter la solution du logement plutôt que de l'hébergement. Salma, du Samu social, dit : « *Tenter le logement, OK. Mais j'ai un doute sur le bailleur qui acceptera cette dame !* ». De nombreux CHRS ont déjà hébergé la dame, ce qui complique beaucoup la tâche, car elle est « *grillée partout* ». Mais Salma ajoute que la dernière fois « *ça a duré même pas 24h. Retenter l'hébergement, c'est la mettre en échec* ». Alexis, du Samu social, ajoute : « *On la sent en souffrance. Elle est très très mal, pour pas utiliser un terme médical* ». Pietro Prandelli prend la parole et dit *: « Je crois qu'il y a un problème de fond avec sa sœur* ». Les échanges continuent, il est décidé que le psychiatre prendra le relais sur la situation si l'accompagnement en cours ne marche pas.

Les situations des personnes évoquées ici sont connues de tous les acteurs présents, et elles placent les professionnels sociaux et paramédicaux dans une situation d'impuissance. Dans les deux cas, c'est une solution plus explicitement médicale qui est envisagée : dans la première situation, il s'agit de faire le lien avec l'hôpital, pour un homme dont l'état général particulièrement dégradé (sans néanmoins que des précisions soient apportées quant à cet état) justifie un recours à cette solution. L'infirmier parait néanmoins sceptique lorsqu'il s'engage à contacter l'hôpital pour tenter d'y faire admettre l'homme : si les professionnels du secteur de l'exclusion sont amenés à considérer la dimension somatique et médicale de la situation, les professionnels hospitaliers risquent, quant à eux, de voir sa dimension sociale. De fait, les rapports avec le champ médical, et en particulier hospitalier, sont complexes et parfois conflictuels :

> Personnellement, moi j'ai déjà tenté d'utiliser la PASS, ça s'est toujours mal passé. Notamment il y a 15 jours ou j'ai… monsieur Ben Ayed, je sais pas si tu connais, qu'on a emmené à l'hôpital X, qui habituellement est suivi sur l'hôpital Y… mais bon on était plus près, donc on s'est dirigé vers l'hôpital X, et qui a été refusé à l'entrée des urgences. Donc on nous a dit : « *Il a son dossier là-bas, il faut aller là-bas. Et en plus il a pas de couverture santé* ». Je dis « *oui, mais il existe la PASS* ». Et ils sont au courant hein, ils me disent « *oui mais…* », c'est de l'administratif en plus pour elles donc elle a appelé sa cadre et sa cadre elle lui a dit,« *Bah non, M. a un dossier sur l'hôpital Y, donc il va sur l'hôpital Y* ». C'est un peu frustrant… je sais que Frédéric a déjà réussi, sur l'hôpital Z avec des patients, mais… moi ça a toujours échoué. Après, c'est vrai que quand on arrive aux urgences, c'est toujours très, très compliqué, avec notre public. C'est un public qui est sale, qui sent mauvais, qui est alcoolisé généralement, donc ça passe pas trop… Quand on les laisse seuls, c'est mort, au bout d'une heure ils sont ressortis, voire ils sont pas auscultés.
>
> Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

> J'ai été le premier à ne pas prendre le SDF tout de suite et à le laisser pour mon collègue, parce que j'étais débordé, machin, etc., même si j'avais une fille dans l'équipe qui était un peu plus vers le social que les autres… parce que généralement dans une équipe tu as toujours quelqu'un qui va aller plus vers, les toxicos, les gens « *à problèmes* » (rires) dont personne ne veut. Mais ça m'est aussi arrivé de dire, « *(soupir) non j'ai trop de boulot* », là je vais pas m'emmerder avec un mec qui picole, qui gueule, voilà quoi. Donc le laisser un peu de côté, et puis attendre que quelqu'un d'autre le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> prenne, faire trainer un peu les choses. Pas de façon forcément… consciente consciente, mais bon quand même.
>
> Frédéric, 47 ans, infirmier au Samu social détaché du CHR

Les deux infirmier-e-s témoignent ici du rejet, par les services hospitaliers, de personnes identifiées comme indésirables pour des raisons diverses (leur odeur, leur apparence, leur comportement, leur absence de couverture sociale…). Largement documenté (Dodier et Camus 1997 ; Peneff 2000 ; Wolff 2018), ce rejet est à l'origine de la création de centre de santé et de dispositifs hospitaliers tels que les Permanences d'accès aux soins et à la santé, supposés garantir l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté et de précarité (voir chapitre 2). En réalité, de tels dispositifs ne constituent pas une solution miracle, notamment parce qu'ils font l'objet d'usages très différenciés (Geeraert 2017). Afin de résoudre les difficultés dans les relations avec les institutions hospitalières et plus largement, les obstacles organisationnels rencontrés dans le cadre du travail de veille, une fiche de « *signalement des évènements indésirables* » a été créée, qui était progressivement mise en œuvre lors de la fin de l'enquête (voir annexe 5.2). Ses effets ne sont donc pas connus, mais elle témoigne à la fois de la difficulté à assurer le lien entre veille socio-sanitaire et travail de soins ainsi que des démarches mises en œuvre afin de produire le continuum entre *care* et *cure*. Au-delà de l'hôpital, on constate aussi des difficultés avec la médecine de ville :

> Hier soir j'avais un monsieur qui me disait : « *Non non, moi je vais pas là-dedans, pas dans un truc de SDF, moi je vais chez un vrai médecin* ». Donc je lui ai trouvé un vrai médecin comme il voulait. Il en avait pas, mais il voulait voir un médecin généraliste, de ville.
>
> **Et là toi tu as des contacts ?**
>
> Je connais quelques médecins qui vont avoir un peu plus d'ouverture d'esprit par rapport à la précarité, et aux migrants notamment aussi. Voilà, j'ai quelques adresses, j'ai un petit réseau. Parce que certains médecins, on sait que ça ne va pas… très bien fonctionner ! (*rires*). Ceux de Lambersart (*rires*), ils n'ont jamais vu ça de leur vie (*rires*)... Mais [ceux qui acceptent] c'est des médecins qui sont un peu militants tu vois, qu'on connait dans le réseau. Qui sont connus, parce qu'étant comme ça, ouverts, à une clientèle… élargie on va dire, mixte, et pas uniquement non plus… pas uniquement réservée précarité. Le tout-venant quoi.
>
> Frédéric, 47 ans, infirmier au Samu social détaché du CHR

Au-delà des centres de santé spécifiquement dédiés à la prise en charge des personnes en situation de précarité, les réseaux d'interconnaissance professionnelle jouent un rôle décisif dans l'accès aux soins des personnes sans-abri. Comme le suggère Frédéric, ce sont notamment des médecins « *militants* » qui se retrouvent au sein de ces réseaux. Le discours de l'un d'eux, rencontré au cours de l'enquête, fait écho au constat de l'infirmier (encadré 5.23).

Encadré 5.23 : la trajectoire socioprofessionnelle du docteur Kass, médecin *militant.*

« *Je suis pas pauvrologue, je soigne l'humanité* » : le docteur Bernard Kass, né en 1954 à Lille, revendique une approche très large de la médecine, où celle-ci ne peut être « *que sociale* », au sens où elle doit soigner

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

tout le monde, indépendamment du « *porte-feuille* », de la nationalité, de la couleur de peau ou du genre. Fils d'une secrétaire et d'un petit chef d'entreprise, Bernard Kass explique se tourner vers la médecine pour deux raisons principales. D'une part, cela lui permet de repousser puis de contourner le service militaire ; d'autre part, cela lui assure une « *mixité entre : soyons clairs, gagner [sa] vie, et une correspondance avec ses idéaux* ». Passé par le syndicat de la Médecine générale qu'il présente avec un sourire comme un syndicat de « *gauchistes* », par le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception et par le Planning familial, Kass se tourne vers la médecine générale tout se spécialisant, de manière informelle, vers l'orthogénie. Au milieu des années 1980, il installe, avec deux collègues aujourd'hui décédés, un cabinet qui constitue les prémices de ce qui est aujourd'hui une maison pluriprofessionnelle de santé, dans un quartier populaire lillois. Ils soignent alors principalement les ouvriers des filatures du quartier, mais voient la population et les pathologies évoluer. Au début des années 1990, l'héroïne se diffuse massivement dans le quartier : Kass et ses collègues se forment en addictologie puis forment d'autres médecins, en créant, avec Charles Pion notamment, un réseau de généralistes amenés à soigner les héroïnomanes. Kass accueille également des travailleuses du sexe, puis des personnes transgenres. En s'associant à des orthophonistes, des kinésithérapeutes ou encore des psychologues, ils forment aujourd'hui un « *collectif soignant* », qui cherche à soigner « l*'humanité* ».

Le recours à des médecins de ville tels que le docteur Kass permet aux infirmier-e-s d'assurer leur mission d'accès aux soins et, ce faisant, de produire une liaison entre *care* et *cure*. Dans le cas de l'EMPP, les réseaux d'interconnaissance professionnelle ne jouent pas, ou seulement à la marge. D'autres difficultés se font jour, notamment la problématique des temporalités du soin psychique, celle de la demande d'un soin qui reste communément attaché à la contrainte et au contrôle des déviances, ou celle, directement liée, du soin sous contrainte ou à la demande d'un tiers (Marques et Velpry 2013 ; Marques 2015). L'EMPP peut intervenir directement dans la rue ou au sein des structures d'hébergement. Dans le premier cas, ce sont les maraudeurs du Samu social qui sollicitent la maraude psychiatrique, à travers une fiche de signalement, celle-ci pouvant faire l'objet d'allers-retours entre ces dispositifs (voir annexes 5.3 et 5.4). S'ils partagent leurs locaux et peuvent également échanger de façon informelle quant aux situations qui peuvent nécessiter une intervention, cette fiche permet de « laisser une trace » et d'opérer un suivi de moyen à long terme. Les réunions hebdomadaires entre les deux dispositifs sont l'occasion de réaliser ce suivi et, éventuellement, d'organiser des maraudes conjointes, qui néanmoins sont apparues complexes à organiser. Dans le second cas, ce sont les professionnels des structures d'accueil et d'hébergement, essentiellement des travailleurs sociaux, qui sollicitent l'EMPP, le plus souvent par le biais des permanences qu'assurent les infirmier-e-s dans ces structures, ou par un signalement auprès du dispositif. Moins socialisés au fonctionnement de l'EMPP, le recours par les travailleurs sociaux des structures d'accueil est souvent réalisé trop tard, dans l'optique d'une intervention en urgence. Ce n'est pourtant pas la mission de l'EMPP : celle-ci est appelée à réaliser un travail de suivi diffus, dont l'un des objectifs est précisément d'anticiper et de prévenir l'urgence psychiatrique, celle-ci étant par ailleurs susceptible de faire l'objet de définitions et d'identifications très diverses (Sarradon-Eck et Farnarier 2014), *a fortiori* selon que ce sont des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé qui s'y attellent.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Conclusion

Tout au long de ce chapitre, on a cherché à restituer les enjeux, l'organisation, les modalités de réalisation et les pratiques qui relèvent du travail de veille dans le secteur de la prise en charge des personnes sans-domicile. Le 115 et les maraudes sont les principaux dispositifs qui assurent ce travail, rendu possible par une articulation étroite et des échanges d'informations très réguliers entre eux. Ce travail de veille induit des pratiques professionnelles spécifiques. Dans le cas des écoutants 115, il consiste, pour l'essentiel, à gérer les tensions résultant d'un travail qui s'apparente beaucoup à une gestion bureaucratique de la pauvreté, mais consiste souvent en une écoute émotionnellement épuisante. Dans le cas des maraudes, le travail tend à se distinguer des pratiques mises en œuvre dans le cadre de dispositifs en dur, car ces derniers accueillent des personnes qui, dans la majorité des cas, ont eu recours de façon consciente et volontaire à eux (ainsi de l'accueil de jour et du centre de santé, ou encore des centres d'hébergement étudiés dans cette partie). À l'inverse, le public rencontré par les maraudes sociales et sanitaires se caractérise par un faible recours aux dispositifs de prise en charge et par une marginalisation marquée vis-à-vis d'eux. Les maraudeurs sont donc amenés à intervenir sans qu'une demande d'aide soit nécessairement formulée, tout en étant néanmoins susceptibles de mettre en œuvre un travail d'accompagnement sur le long terme. Celui-ci consiste à se faire connaitre et accepter par les personnes rencontrées, dans l'optique de nouer un lien avec elles avant même d'envisager la mise en œuvre de mesures relevant de l'accès aux droits ou d'un projet de réinsertion. Ce travail relationnel s'apparente à une mise en pratique de l'éthique et de la philosophie du *care* : si ce dernier n'est pas absent des pratiques des travailleurs sociaux présents dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement, il est au cœur de la veille sociale, et c'est aussi en cela que cette dernière se distingue de la raison humanitaire et rejoint le travail social. Finalement, on a également cherché à montrer le rôle décisif des maraudes dans la production d'un continuum entre *care* et *cure*. Elles contribuent à euphémiser, brouiller, nuancer la distinction entre le secteur médico-social et le champ sanitaire, et en cela elles s'apparentent à des dispositifs-frontières, jouant à la fois le rôle de passeurs de relais et de délimitation entre des institutions spécialisées et celles dites de droit commun. D'autres éléments méritent toutefois d'être analysés quant aux frontières statutaires, disciplinaires et institutionnelles de la prise en charge. La troisième partie de cette thèse est consacrée à ce questionnement.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Troisième partie. La question SDF entre problème social et question médicale. Les frontières d'une juridiction partagée

Cette dernière partie propose d'interroger certains des paradoxes qui ont pu émerger dans le cadre de l'analyse, et notamment ceux qui se rapportent aux frontières disciplinaires, statutaires et institutionnelles de la prise en charge. Comment peut-on soigner et réinsérer ? Une visée ne prévaut-elle pas sur l'autre ? Comment comprendre le recours par les membres d'un groupe professionnel donné à des catégories de représentation théoriquement propres à un autre ? Dans quelle mesure les observations et les analyses proposées précédemment sont-elles susceptibles d'être valables dans d'autres dispositifs similaires ? Comment comprendre la diversité ou l'univocité des pratiques et des représentations professionnelles mises en lumière ? Ces questions sont abordées, directement ou non, dans cette troisième partie. Si la première a proposé une analyse macro des processus qui ont mené à la formation de la juridiction contemporaine de la prise en charge des sans-domicile, et si la seconde s'est davantage focalisée, au niveau micro, sur le travail de prise en charge et sa division, cette troisième partie propose d'étudier à une échelle intermédiaire les processus qui participent de l'harmonisation des pratiques et des représentations relatives à l'accompagnement et au soin, les formes que prend cette harmonisation, et ses effets sur les frontières de la prise en charge. Dans cette optique, ce sont notamment les notions de « *juridiction partagée* » et de « *professionnalisation inachevée* », qui fournissent un horizon de réflexion. Dans *The System of Professions,* Abbott (1988) avance l'idée que la juridiction monopolistique – *full jurisdiction* – qui correspond à une situation où un groupe professionnel exerce seul son expertise sur un ensemble de tâches nettement identifiées, constitue une forme rare, et quasi idéale-typique d'exercice du contrôle professionnel dans un secteur donné. Ce type de juridiction est proche de l'idéal-type des fonctionnalistes, les professions établies – médecine, droit, etc. – mais aussi de ce que les néo-wéberiens ont analysé comme des marchés fermés (Larson 1977), ou comme des secteurs où s'exerce ce que Freidson a nommé la dominance professionnelle (Freidson 1970c). Pour Abbott, la juridiction monopolistique constitue l'objectif de la plupart des groupes professionnels investis dans ce qu'il appelle des *settlement jurisdictions*, que l'on traduit par juridictions partagées.

Cette réflexion doit nous mener à envisager une autre hypothèse permettant d'analyser et d'expliquer le fonctionnement du système contemporain de prise en charge du sans-abrisme. Cette hypothèse d'une « *professionnalisation achevée* », qui renvoie à la situation où l'action d'un groupe professionnel n'est pas pleinement reconnue, par l'État, le public, ou d'autres

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

groupes professionnels, en tant qu'acteur légitime à intervenir sur une problématique donnée. Cette notion peut également renvoyer à un ensemble de situations professionnelles où les modalités d'intervention des différents acteurs qui y sont engagés ne sont pas codifiées. François Aballéa donne un exemple éclairant du premier cas de figure, avec le groupe des assistantes maternelles (Aballéa 2005). Ce groupe s'est engagé au milieu des années 1970 dans un processus d'acquisition d'un statut professionnel et de reconnaissance économique, institutionnelle et symbolique de celui-ci. Cette reconnaissance a été sanctionnée par diverses lois créant et régulant un marché de la garde à domicile, et par des échanges soutenus avec les institutions plus ou moins directement concernées par la gestion du social et plus spécifiquement des affaires familiales (Caisse des affaires familiales, ministères, collectivités locales). En dépit de ce processus néanmoins, Aballéa souligne que l'acquisition du statut est restée incertaine et ambigüe. Cette situation résulte pour partie du souhait des membres du groupe de maintenir un *statu quo*, qu'Aballéa lie simultanément au déni de connaissances savantes dont font preuve les assistantes maternelles elles-mêmes, ainsi que d'autres groupes professionnels plus ou moins concurrents ; à la dimension opportune et assez nettement définie dans le temps de ce métier dans les carrières individuelles ; et à son lien étroit à la sphère domestique, qui tend à délégitimer sa professionnalité. Nadège Vezinat envisage quant à elle la professionnalisation inachevée à l'aune des reconfigurations profondes qu'a connu le secteur des postes dans la seconde moitié du XXe siècle (Vezinat 2012). Son travail lie l'étude d'un double processus (Evetts 2003) : une professionnalisation « *par le bas* », par laquelle une organisation particulière, la Poste, est chargée de définir la répartition de tâches spécifiques dans le cadre de l'exercice d'une fonction propre sur laquelle elle possède un monopole public, la distribution du courrier. Les métiers eux-mêmes – receveurs, facteurs, trieurs – jouent un rôle important dans cette définition et leurs membres cherchent à protéger leur statut. Ce processus de définition des tâches par les professionnels eux-mêmes s'est progressivement doublé de ce que l'auteure appelle une professionnalisation « *par le haut* » : à partir des années 1990, la Poste elle-même a incité à la professionnalisation des conseillers financiers en son sein afin d'assurer le passage d'une société publique à une société anonyme, autonome vis-à-vis de l'État. Ce second mouvement, associé à la transformation partielle des activités de la Poste autour du secteur bancaire, amène à une reconfiguration profonde des métiers qui la caractérisaient et à la création d'un nouveau segment professionnel, celui des conseillers financiers, dont le rôle et la position dans le cadre de la division du travail interne à la Poste ne sont pas clairement définis.

Dans le cas de la prise en charge de la question SDF, différents groupes professionnels ayant par ailleurs une existence propre et plus ou moins indépendante de ce secteur – travailleurs sociaux, infirmières, psychologues – voire étant par ailleurs identifiés comme des professions au sens fort du terme – médecins, psychiatres – y participent. L'intérêt de cette approche est de souligner l'existence de frontières externes, mais aussi internes à la prise en

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

charge, la porosité ou à l'inverse la robustesse de ces dernières, de coalitions de groupes et de segments professionnels, de modalités de concurrence mais aussi de coopération entre les professionnels investis dans le travail de prise en charge. Dans cette optique, les deux derniers chapitres aborderont la question de la porosité des frontières entre accompagnement social et prise en charge médicale des personnes sans-domicile. Le chapitre 6 est centré sur les catégorisations professionnelles à l'œuvre dans le travail de prise en charge. On se concentre en particulier sur le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) de la métropole lilloise, qui a pour fonction d'organiser le système de prise en charge, et plus spécifiquement de réguler l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile. Alors qu'il est supposé garantir l'inconditionnalité de l'hébergement, le SIAO se trouve au cœur de conflits de légitimité à l'origine de re-catégorisations des demandeurs d'hébergement et de leur sélection discrétionnaire. Le chapitre 7 est consacré à la diffusion, auprès de professionnels de statuts et de disciplines variés de pratiques et représentations communes, en vue d'harmoniser la prise en charge. En socialisant ainsi l'ensemble des acteurs de la prise en charge, une culture professionnelle commune se développe, où les représentations liées au prisme sanitaire occupent une place centrale. L'opposition entre experts et profanes est ainsi nuancée, euphémisée, sans pour autant être entièrement délégitimée ou perdre en performativité.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 6. Pauvres, déviants, malades. Les catégorisations professionnelles dans l'accès à l'hébergement

Déjà évoquée à différentes reprises dans cette thèse et rappelée par les médias relayant les rapports de l'Observatoire du Samu social de Paris[144], la pénurie des ressources et plus spécifiquement des places d'hébergement est une caractéristique centrale et structurelle du système français de prise en charge des personnes sans-domicile ; elle est aussi constamment discutée sur les terrains investis et fréquemment dénoncée par divers acteurs associatifs (FNARS, 2011) ou publics (HCLPD, 2004 ; Cour des comptes, 2007 ; Chérèque, Abrossimov, Khennouf, 2015). Si le nombre de places d'hébergement n'a cessé d'augmenter depuis les années 1980, cette hausse n'a jamais suffi à compenser l'augmentation plus rapide du nombre de personnes susceptibles d'y recourir. Au caractère structurel de cette pénurie correspondent des effets structurants : elle contraint à une gestion de crise (HCLPD, 2009 ; Cour des comptes, 2011) massivement déléguée aux acteurs associatifs, principaux opérateurs de l'action sociale et médico-sociale en France (Alfandari et Maurel 1996 ; Hély 2009). La rareté des places se traduit par la nécessité d'opérer des choix dans leur attribution, donc de distinguer entre des personnes qui auront accès à l'hébergement et d'autres non, ou pas dans l'immédiat. Une telle distinction s'opère par la production et le recours à différents critères, potentiellement concurrents, à partir desquels les personnes en demande d'hébergement sont classées. Afin de mettre au jour ces classements, ce chapitre s'intéresse à l'influence de la pénurie sur les professionnels de l'accompagnement, sur leurs représentations et leurs pratiques et sur la manière dont ils produisent les critères de distinction des situations individuelles de pauvreté.

La première section est consacrée à la genèse et à la mise en œuvre du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO). Ce dispositif est créé au tournant des années 2010 et a plusieurs visées propres, parmi lesquelles le recensement des places et des demandes d'hébergement sur un territoire donné, ou la régulation du système d'hébergement (section 1). On s'intéresse ensuite aux conflits qui se font jour dans la régulation : la mise en œuvre du SIAO a été vécue comme une dépossession par les acteurs qui assuraient cette régulation

[144] Pour les rapports et le « baromètre du 115 », voir les travaux et publications de l'Observatoire du Samu social de Paris, disponibles en ligne : https://www.samusocial.paris/lobservatoire, consulté le 4 août 2017. Comme l'a montré Julien Damon (2002b), le traitement médiatique du sans-abrisme est saisonnier et témoigne d'une tension historique entre visées assistancielle et répressive dans sa prise en charge : en hiver, il se caractérise par une forte hausse du nombre de dépêches et se veut alerte, compassionnel voire misérabiliste. Le reste du temps, les personnes sans-domicile n'existent que très peu dans le champ médiatique, sauf de manière ponctuelle, pour se voir imputer des comportements déviants ou délinquants.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

jusqu'alors. Ces conflits prennent la forme de pratiques de sélection discrétionnaire des demandeurs d'hébergement qui s'appuient sur la réactivation des catégories du bon et du mauvais pauvre (section 2). Finalement, on étudie les catégorisations à l'œuvre dans le signalement et le traitement de situations dites « *particulièrement préoccupantes* », à travers l'analyse d'une base de données construite à partir des fiches qui permettent aux professionnels de la veille sociale de signaler de telles situations (section 3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. Genèse et mise en œuvre d'un dispositif de régulation : les visées du SIAO et ses effets

Dans le précédent chapitre, le 115 et le Samu social avaient été présentés comme les deux facettes complémentaires de l'urgence sociale. Plus récents que ces deux dispositifs, les SIAO ont été créés en 2010 dans la continuité d'une série de mesures prises suite à la mobilisation des Enfants de Don Quichotte lors de l'hiver 2006/200. Ils s'inscrivent dans la « *politique de refondation de l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sans-domicile* », dont l'objectif affiché est ambitieux, puisqu'il s'agit de créer un véritable « *service public de l'hébergement et d'accès au logement*[145] », avec tout ce que cela implique du point de vue des principes qui sont attachés au service public (continuité, égalité, mutabilité, gratuité), mais aussi du point de vue du rôle de l'État dans sa mise en œuvre, puisqu'il est dès lors supposé être porteur, acteur et garant de la mise en œuvre de cette politique. Des mesures emblématiques ayant parfois fait l'objet d'intenses et longues mobilisations préalables[146] sont prises, telles que les Droits au logement et à l'hébergement opposables (DALO, DAHO), la création des places d'hébergement de stabilisation et leur progressif remplacement des places d'urgence, ou encore la priorité donnée au (re)logement sur l'hébergement. Moins visibles mais appelés à jouer un rôle central dans le système de prise en charge, les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) sont l'une des principales évolutions de la nouvelle politique de prise en charge des personnes sans-domicile. Les SIAO travaillent en lien étroit avec le 115 et le Samu social, mais aussi, plus largement, avec l'ensemble des autres dispositifs du système de prise en charge, qu'ils contribuent à mettre en contact et à organiser. Leur création répond à une volonté de restructurer le système de prise en charge et de redéployer la veille sociale à l'échelle de l'ensemble des dispositifs relevant de l'hébergement et du logement accompagné (I). L'association qui porte le SIAO est aussi celle qui est en charge du 115 et du Samu social : les circulaires qui les créent incitent ainsi à ce que ce nouveau dispositif soit étroitement articulé aux autres dispositifs de veille sociale, ce qui suppose une organisation et une division du travail de veille au sein desquelles le SIAO constitue un centre de gravité (II). On montre enfin que le SIAO est doté d'un mandat spécifique dans la division du travail de prise en charge des personnes sans-domicile (III).

[145] Cette expression se retrouve dans divers textes juridiques et administratifs, par exemple dans la circulaire du 8 avril 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation.

[146] On pense ici spécifiquement au droit au logement opposable, voir (Péchu 2006 ; Houard 2012 ; Weill 2013).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

I. La genèse institutionnelle des Services intégrés d'accueil et d'orientation

Pour bien comprendre les motifs de la création des SIAO, il faut la relier aux critiques et aux mobilisations liées au secteur de l'accueil-hébergement-insertion (AHI), d'une part, et, d'autre part, au rapprochement des secteurs de l'hébergement et du logement, notamment dans le cadre de revendications croissantes pour le droit au logement opposable à partir des années 1990. On l'a vu : les secteurs du logement social et de l'hébergement se sont structurés distinctement dans la seconde moitié du XXe siècle, avant de se rapprocher à partir des années 1970 et 1980 avec la création de dispositifs hybrides donnant l'impression d'un continuum institutionnel entre l'hébergement d'urgence et le logement social. À partir des années 1990, le Haut-commissariat pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD) joue un rôle important dans le rapprochement de ces deux secteurs et dans la mise à l'agenda de leur réforme (Houard 2012b). Ses rapports annuels demandent l'application effective du droit au logement, notamment en évoquant la nécessité de son opposabilité et d'une obligation de résultats pour l'État (Houard 2012a ; HCLPD 1995, 2002, 2003). Au même moment, les rapports de la Fondation Abbé Pierre contribuent également à une reformulation plus large de la problématique du logement, en rappelant qu'absence de logement et mal-logement sont deux déclinaisons d'un même problème[147]. C'est dans ce contexte qu'il faut envisager la création des SIAO. Ces derniers ont vocation à renforcer les liens entre les secteurs de l'hébergement et du logement, à fluidifier les passages de l'un à l'autre, à participer à la veille sociale en recensant l'ensemble des demandes et des places d'hébergement sur un territoire donné, et à mieux distribuer ces dernières au regard du profil des demandeurs. On restitue ici le contexte national qui a mené à la création des SIAO (1), avant d'évoquer la manière dont ce dispositif a été approprié sur le territoire étudié (2).

1. Un dispositif à l'interface de l'hébergement et du logement

Alors que les revendications liées au droit au logement opposable se font de plus en plus nombreuses à partir du milieu des années 1990 (Houard 2012a, 2012b ; Weill 2013, 2017), le mode de prise en charge des personnes sans-domicile fait l'objet d'un nombre croissant de critiques, même si celles-ci restent assez peu visibles[148]. Des occupations de centres

[147] L'ensemble de ces rapports sont diponibles en ligne, voir : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-publications/etat-du-mal-logement/les-rapports-annuels, consulté le 20 janvier 2019.

[148] Cette sous-partie s'appuie sur le travail réalisé par Édouard Gardella dans le cadre de sa thèse, en particulier sur le chapitre 7, « L'émergence de la chronopolitique stabilisatrice dans l'urgence sociale » (2014a, 531-656). On résume ici son apport, en se focalisant sur les motifs institutionnels menant à la création des SIAO.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'hébergement ont lieu, principalement à Paris. C'est l'urgence sociale qui focalise les critiques, pour les rythmes et les pratiques qui lui sont propres : courtes durées d'hébergement, accompagnement social minime, fort *turnover*, dimension palliative de ce type d'hébergement… Au milieu des années 1990, divers acteurs institutionnels, au premier rang desquels le Haut-commissariat pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD), s'emparent de ces revendications et contribuent à mettre à l'agenda la création de modes d'hébergement plus durables, entre l'urgence et l'insertion, à destination de personnes marginalisées. Selon Édouard Gardella :

> La perspective temporelle selon laquelle l'habitat institutionnel des pauvres doit stabiliser au plus vite les personnes trouve un puissant relais à la même période dans le Haut comité au logement des personnes défavorisées (HCLPD). Cette instance d'expertise est née en 1992 pour évaluer la mise en œuvre de la loi de 1990, portée par Louis Besson, sur le logement des personnes défavorisées. La durée de séjour occupe une place particulièrement importante à partir du cinquième rapport (1999). Auparavant, le Haut comité préconise un accompagnement social vers le logement « pérenne », avec une durée adaptée aux besoins des individus (1994, p. 86 ; 1995). Mais c'est avec le lancement de l'enquête INSEE et l'arrivée de Xavier Emmanuelli à la Présidence du Haut comité, que la question de la durée de séjour en hébergement est posée frontalement. Le rapport de 1999 souligne la mobilité contrainte, "organisée", que subissent les personnes accueillies dans des hébergements provisoires, à "durée limitée, voire très limitée" (Gardella 2014a, p. 546).

Après 2000, les rapports du HCLPD continuent de porter cette position, qui s'affirme dans le 10ème rapport : spécifiquement consacré à l'hébergement d'urgence, il suggère la création d'hébergements pérennes, permettant aux usagers de stabiliser des parcours de vie qui oscillent entre la rue et les centres d'urgence. À partir de 2005, les choses s'accélèrent : « *la proposition d'un hébergement sans durée administrative migre à nouveau, pour atterrir dans le référentiel du secteur, appelé référentiel "Accueil, hébergement, insertion", en 2005* » (Gardella 2014a, p. 548). Ce référentiel est publié par la Direction générale des affaires sociales (DGAS) : d'une proposition portée par un organe consultatif, la refonte des politiques d'hébergement devient une préconisation portée et bientôt mise en œuvre par une institution au cœur de l'État – bien que dominée au sein de celui-ci (Bourdieu 1993a). Il faut souligner que ces préconisations ne se font pas *contre* l'urgence sociale : le référentiel rappelle l'importance des prestations d'urgence, auxquelles l'hébergement de longue durée doit s'articuler et non se substituer. Du côté de l'État, il n'est donc pas question de supprimer l'urgence sociale qui focalisait pourtant une partie importante des critiques, mais de la compléter par d'autres modes de prise en charge. Or pour une partie des acteurs associatifs, notamment les associations « *coup de poing* » (Péchu 2001, 2006) ou « contestataires », cette position n'est pas satisfaisante. Comme le souligne Gardella, les mobilisations entre 2005 et 2007 témoignent d'une réactivation de la critique de l'urgence sociale :

> [En décembre 2005] Médecins du monde distribue environ 300 tentes place de la Bastille, afin de critiquer le nombre insuffisant de places et les conditions médiocres d'accueil dans les Centres d'hébergement d'urgence (CHU) : manque d'intimité et de sécurité, courte durée et insalubrité. Les refus d'hébergement sont présentés comme des preuves de l'échec des solutions d'urgence sociale. La mobilisation est vue comme une attaque frontale contre l'urgence, et l'organe qui la porte et la symbolise, le SSP [Samu social de Paris],

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

répond par la voix de son président-fondateur Xavier Emmanuelli, qui renverse l'image protectrice et militante de la tente, en une entrave à l'accompagnement social et sanitaire dans la rue » (Gardella 2014a, p. 553).

Ces mobilisations sont à l'origine du rapport d'Agnès de Fleurieu et de Laurent Chambaud (2006), qui fait état de l'embolie du système d'hébergement d'insertion, dont l'origine serait liée en premier lieu au trop faible nombre de passages de l'hébergement vers le logement, pour lequel les files d'attente sont trop longues. En résultent une saturation des hébergements d'insertion et un rôle de variable d'ajustement des places d'hébergement d'urgence. La mobilisation se renouvelle à l'hiver 2006-2007, portée par une nouvelle association créée à cet effet, les Enfants de Don Quichotte (Bruneteaux 2013). Sans revenir sur cette mobilisation[149], on peut préciser deux choses : d'une part, elle a été beaucoup plus médiatisée que les précédentes et rares mobilisations du secteur ; d'autre part et en partie du fait de sa visibilité, elle est à l'origine d'une série de mesures menant à la création du SIAO. 2007 est une année charnière : l'État doit réagir vite suite aux mobilisations, qui ont marqué l'opinion.

En décembre 2006, les Enfants du Canal rédigent une charte, dont l'essentiel des demandes seront reprises dans le Plan d'action renforcé pour les sans-abri (PARSA) et qui témoignent de la reconnaissance des liens entre hébergement et logement : la question SDF est désormais nettement identifiée comme une incarnation archétypique de la crise du logement et ne pourra être résolue qu'en créant des solutions d'habitat durable à destination des populations les plus précaires. Signé en janvier 2007, ce plan prévoit la poursuite et l'amplification de l'effort sur la production de logements sociaux ainsi que l'ouverture de places plus nombreuses à destination des personnes sortant d'hébergement ; la création de places en maisons-relais et en résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS), dispositifs de logement accompagné ; enfin, la transformation progressive des places d'urgence en places de stabilisation, ce qui marque cette fois une plus grande prise en compte des revendications associatives. En mars, la loi relative au droit au logement opposable (DALO) est votée (Weill 2017). Elle crée également le droit à l'hébergement opposable (DAHO) et entérine le principe de continuité de l'hébergement, qui interdit la remise à la rue sans solution des personnes hébergées. Cette même année, un rapport de la Cour des comptes fustige le coût et l'embolie du secteur AHI, le trop faible nombre de sorties « *par le haut* » des CHRS, et encourage la création de places en maisons-relais, moins coûteuses (Cour des comptes 2007). Enfin, une conférence de consensus portée par la Fédération nationale des associations pour la réinsertion sociale (FNARS) a également lieu à la fin de l'année 2007. De nombreuses associations, y compris celles qui étaient hostiles à la mobilisation des Enfants de Don Quichotte, y participent. Le rapport du

[149] Pour des récits détaillés et complémentaires, voir par exemple Bruneteaux 2013 ; Louail 2016 ; Weill 2017, ou plus synthétiquement, l'introduction de cette thèse.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

jury d'audition dresse un bilan sévère de la politique de prise en charge telle qu'elle s'est structurée jusqu'alors et annonce les grandes lignes des mesures à prendre (FNARS 2007). Le logement y est présenté comme un « *point nodal* » (p. 27 et suivantes) et le rapport en appelle à une meilleure coordination des dispositifs existants, ainsi qu'à une plus grande souplesse afin de mettre fin à « *l'incohérence* » de certains parcours (p. 30 et suivantes).

Ici encore, une partie des recommandations du rapport de la conférence de consensus va être retenue dans les réformes à venir, d'abord relayées par une nouvelle série de rapports (Pinte, Rougier, et Chambaud 2008 ; Rougier 2009). Ces derniers insistent en particulier sur les termes du problème – l'embolie du système d'hébergement –, ses origines – de mauvaises orientations en hébergement, des files d'attente pour l'accès au logement social trop longues, la sélectivité du parc public –, et les solutions à mettre en œuvre – développer les hébergements de long terme, mais surtout, œuvrer sur la politique du logement en l'articulant mieux à celle de l'hébergement. L'auteur d'un de ces rapports, le député des Yvelines Étienne Pinte, recommande notamment la nomination d'un préfet directement rattaché au Premier ministre et chargé de coordonner ensemble les politiques d'hébergement et de logement. Pour ce faire, ce préfet – Alain Régnier – est chargé du « Chantier national prioritaire pour l'hébergement des sans-domicile et le logement des mal-logés 2008-2012 » et s'appuiera sur une Direction interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), transversale aux Ministères de la Cohésion sociale et du Logement. C'est au sein de cette DIHAL que vont être élaborées les principales réformes de la nouvelle politique de prise en charge du sans-abrisme. Sa fabrique a été décrite de façon très détaillée par Édouard Gardella, qui a eu accès quotidiennement aux bureaux et aux réunions du préfet et de son équipe en 2010 (voir Gardella 2014a, chapitre 7). Parmi les éléments qu'il rapporte, on peut notamment retenir dans le cadre de notre réflexion sur la genèse du SIAO que :

> Dans l'esprit des chargés de mission du Chantier, il s'agit de mettre fin au modèle en escalier et au dualisme de l'hébergement, en centralisant l'intégralité de l'offre d'hébergements entre les mains d'un unique dispositif. L'accès à un CHRS ou un CHS ne doit plus se faire uniquement depuis un CHU ; une personne doit pouvoir accéder à l'ensemble de l'offre d'hébergement disponible sur un territoire à l'instant "t" (p. 587).

La création des SIAO en 2010 a donc directement partie liée avec la politique du logement d'abord, qui entérine en pratique la requalification de la question SDF en une facette de la crise du logement[150] en cherchant à donner, dès que possible, la priorité au relogement direct des sans-domicile. Ce dispositif est créé pour devenir l'un des principaux outils assurant la liaison et l'articulation entre hébergement et logement, et notamment pour mettre en œuvre ce qu'Édouard Gardella nomme une « *chronopolitique stabilisatrice* », soit des modes de prise

[150] Comme le souligne Gardella, Julien Damon, qui a forgé l'expression « question SDF » dans sa thèse de sociologie, a joué un rôle important dans la diffusion en France de cette politique, inventée en Amérique du Nord et promue par les instances européennes.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

en charge privilégiant un hébergement de longue durée plutôt que l'urgence sociale. Dans ce cadre, le SIAO doit, à partir d'une position surplombante lui permettant de connaitre l'état détaillé de l'offre et de la demande d'hébergement, réaliser les agencements les plus pertinents possibles au regard du type de places disponibles et du profil des personnes sollicitant une place. Cela implique notamment que l'obtention d'une place en CHRS, voire en logement accompagné, n'est plus conditionnée par un parcours d'hébergement au cours duquel une personne aurait rempli les critères explicites et implicites autorisant une progression institutionnelle. Il répond plutôt à une reconnaissance de la diversité des parcours de rue et d'hébergement (Pichon 2009), et des situations individuelles des personnes sollicitant une solution de prise en charge à un moment donné.

2. La mise en œuvre locale du SIAO : un porteur évident

Dans cette optique, le rôle du SIAO correspond à la recherche d'un appariement optimal des demandes et des places d'hébergement, supposé contribuer à désengorger le système de prise en charge des personnes sans-domicile, notamment en facilitant les passages de l'hébergement vers le logement (Rougier 2009 ; Lanzaro 2013). En somme, il consiste en un élargissement de la veille sociale : celle-ci n'est plus limitée aux situations d'urgence sociale, mais intègre désormais l'ensemble des situations de précarité liée à l'habitat et l'ensemble des solutions institutionnelles existant entre l'hébergement d'urgence et le logement social : la circulaire du 8 avril 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation précise ainsi que « *le SIAO a vocation, sous l'autorité de l'État, à disposer d'une vision exhaustive du parc d'hébergement d'urgence, de stabilisation, d'insertion et de tout ou partie du parc de logement de transition* » (p. 2). En 2014, après de premiers retours mitigés sur la mise en œuvre du dispositif (Imbaud et Jeantet 2012), qui a d'abord conduit à la publication d'une circulaire précisant les modalités de mise en œuvre du dispositif, la loi pour l'Accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) consacre juridiquement l'existence des SIAO, qui s'affirment comme un outil précieux de mise en œuvre de la veille sociale.

L'élargissement de la veille sociale repose sur une articulation étroite avec les dispositifs préexistants sur cette thématique : en premier lieu le 115 et le Samu social, en second lieu les autres acteurs y contribuant de façon plus ponctuelle, tels les accueils de jour et les CHRS. De fait, comme le souligne Gardella, « *le SIAO est, au départ du moins, censé devenir un "super 115" : réactif, inconditionnel, doté en ressources diverses et quantitativement suffisantes* » (p. 588). Il apparait donc pertinent de lier ces deux dispositifs. La circulaire de 2010, adressée aux préfets de département et de région, invite ainsi les services déconcentrés de l'État à « *privilégier la voie de l'opérateur unifié du SIAO traitant à la fois de l'urgence [compétence*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

du 115] et de l'insertion, ainsi que du logement de transition ». Les opérateurs doivent en outre être des personnes morales, « *quelle que soit la forme juridique choisie (association, GCSMS, GIP*[151]*, groupement d'associations…)*[152] ». S'ils peuvent donc être portés par des services de l'État, leur mise en œuvre est souvent déléguée aux acteurs associatifs (Imbaud et Jeantet, 2012). À Lille, l'opérateur du SIAO est tout désigné. L'association qui porte déjà le 115 et le Samu social apparait d'emblée comme la structure la plus pertinente et la plus légitime, comme en témoigne une professionnelle qui s'y rattache :

> Je crois que dans chaque département il y a eu un appel à projets, sauf que le NPDC on a été ciblé comme une région avec des besoins peut-être un petit peu plus importants, et alors que dans d'autres territoires il y a eu directement un SIAO unique pour tout le département, nous on a eu plusieurs SIAO qui se sont mis en place. Et donc sur l'agglomération lilloise, il y a eu un appel à projets. Je pense que plusieurs associations ont répondu… j'ai un vague souvenir d'associations qui se seraient retirées pour que l'association ne disparaisse pas. J'ai un vague souvenir de ça.
>
> **Parce que, c'était la crise ?**
>
> Bah l'asso était porteuse du 115, historiquement elle orientait vers les hébergements… et si à un moment donné le SIAO avait été porté par une autre association, qu'est-ce qu'on serait devenu… ?
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Pour cette professionnelle, c'est donc une évidence : l'association apparait d'emblée comme le porteur légitime du SIAO dans la mesure où elle gère déjà le 115. Comme l'évoque la coordinatrice, il y a au départ six SIAO dans le Nord, correspondant aux bassins de population du département et aux centres d'accueil et d'orientation déjà implantés (Lille, Valenciennes, Douai, Maubeuge, Dunkerque, Cambrai). Cette pluralité est prévue par la circulaire de 2010 et permet de répartir les parcs d'hébergement. Peu de temps après cette organisation initiale néanmoins, la loi ALUR puis la circulaire de 2015 rendent contraignante l'existence d'un opérateur unique pour le 115 et le SIAO, puis le regroupement des SIAO existants à l'échelle du département. Si ces derniers peuvent demeurer des antennes infradépartementales, elles ne peuvent en revanche être des personnes morales distinctes : en 2015, il n'y a plus que trois SIAO sur le territoire, et désormais un seul.

Si le choix de l'opérateur du SIAO a donc été relativement évident, il a toutefois constitué au moment de sa création un motif de chamboulements voire d'inquiétudes pour les salariés de l'association – et au-delà, comme on le verra plus loin. Il a eu des répercussions importantes en matière d'organisation de la veille sociale et de division du travail interne à l'association, répercussions dont on trouve la trace dans les rapports d'activité de l'association entre 2010 et 2012. En 2010, année de la mise en œuvre du dispositif, il est d'emblée précisé :

[151] Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), et groupement d'intérêt public (GIP). Les GIP relèvent du droit public, tandis que les GCSMS peuvent relever du droit public ou privé, selon leur composition. Tous deux poursuivent des buts non lucratifs.

[152] Circulaire DGCS/SD1A/2015/325 du 17 décembre 2015.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2010 est une année particulière dans la vie institutionnelle de l'association. Une année qui marque le début d'un profond changement sur les pratiques professionnelles et sur l'ensemble du fonctionnement de l'association (*Rapport d'activités 2010,* p. 3).

Ce profond changement est aussi lié à l'usage d'une nouvelle solution informatique décrite dans le précédent chapitre (Kheops), qui modifie les pratiques professionnelles et qui explique l'inexactitude des chiffres du 115 cette année :

La mise en œuvre rapide du dispositif a maintenu les salariés de l'association dans une recherche constante de création d'outils et d'expérimentation de procédures permettant de mieux centraliser l'offre d'hébergement. La difficulté étant dans le même temps, d'informer et de communiquer ce que devait être le SIAO, auprès de nombreux partenaires sur un territoire marqué par une très forte tension entre volume d'offre et de demande d'hébergement. Cette démarche pédagogique complexe se trouvait en décalage avec la difficile réalité du démarrage de ce dispositif d'ampleur, tant au niveau de la superficie du territoire que sa densité du nombre d'habitants, de ses acteurs institutionnels, dans un contexte social et économique en crise. […] Très vite nous avons fait le constat que le SIAO venait déconstruire des partenariats locaux, thématiques et d'usages dont les acteurs d'horizons différents avaient du mal à faire le deuil. […] Nous sommes encore aujourd'hui loin du but, et ce malgré le travail accompli (*Rapport d'activités 2011,* p. 4).

On le voit, le SIAO implique de repenser en grande partie l'organisation de la veille sociale, des partenariats existants et des pratiques professionnelles qui y sont liées. Il suppose en outre une « *démarche pédagogique* » auprès des acteurs de la prise en charge, d'autant plus complexe que le dispositif n'est pas encore pleinement maitrisé par ceux qui l'utilisent le plus directement. C'est à partir de l'année suivante que semble se conclure, au moins temporairement, la transition vers le SIAO et les nouvelles pratiques qu'il implique :

L'année 2012 aura permis d'assoir outils et fonctionnement. Il s'en dégage aujourd'hui un besoin d'évaluation, qui permettra d'améliorer les réponses apportées aux personnes. […] Le SIAO a poursuivi sa maturation, notamment en intégrant mieux les services du 115. Le SIAO personnes isolées est passé à une gestion de la file active par l'outil Kheops. Un des objectifs pour 2013 est de passer au même mode de gestion pour les couples et les familles (*Rapport d'activités 2012,* p. 67).

Ces extraits témoignent de l'impact de ce « *dispositif d'ampleur* » : le SIAO constitue une évolution importante dans un secteur qui s'était structuré par sédimentations successives (Damon 2002a) et de façon relativement linéaire, en renouvelant sans cesse l'idéal propédeutique du travail d'accompagnement éducatif, créant ainsi le modèle en escalier de l'AHI. Avec le SIAO, les pratiques professionnelles sont appelées à changer dans la mesure où l'esprit même du système de prise en charge est modifié, puisqu'il encourage au raccourcissement, voire à la suppression des parcours d'hébergement comme condition préalable à l'obtention d'un logement. Ces évolutions se donnent d'abord à voir en interne. La création du SIAO repose sur une articulation étroite avec le Samu social, mais aussi avec le 115. De fait, les rapports d'activité témoignent de ce travail réalisé en constante liaison.

Le 115 a un rôle central dans le SIAO […]. Il reçoit chaque jour les appels de plus d'une centaine de personnes à la recherche d'une solution d'hébergement. Service incontournable, il est le seul acteur capable de recenser les offres et d'orienter les demandes en temps réel.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

[Les équipes mobiles] constituent la porte d'entrée du SIAO en direction des usagers les plus démunis, les plus marginalisés et qui n'ont parfois accès ni au 115 ni aux accueils de jour. Le travail de rue permet d'aller vers ces personnes qui, sans lui, n'auraient plus l'occasion de se projeter en hébergement et, a fortiori, en logement. *Rapport d'activités 2011*, pp. 66-67.

Les rapports des années suivantes décrivent les adaptations successives à la mise en œuvre du dispositif : automatisation de Kheops sur certaines procédures, création de fiches de liaison et d'une ligne arrière au 115, gérant les nouvelles inscriptions dans le SIAO… Au quotidien, l'articulation de ces dispositifs s'incarne dans de nombreux échanges, oraux ou écrits, par téléphone, en personne ou par email, qui permettent aux travailleurs du SIAO d'avoir une connaissance précise de l'état du parc d'hébergement (offre et demande) de façon quasi continue. Ces échanges consistent le plus souvent en des transferts d'informations sur les places ou les personnes en demande : depuis quand cette personne est-elle à la rue ? Où vit-elle en ce moment ? Tel CHRS a-t-il mis à jour son plan d'occupation ? Y a-t-il une place devant se libérer sous peu ? Telle structure est-elle équipée pour accueillir une personne à mobilité réduite ? L'omniscience – théorique – du SIAO dépend étroitement des informations que les dispositifs en contact direct ou indirect avec des sans-domicile pourront lui fournir ; en retour, il redistribue ces informations susceptibles d'aider à l'accompagnement. Les rapports d'activité soulignent aussi l'importance du travail réalisé en concertation avec les accueils de jour qui font partie, avec le 115 et le Samu social, de « l'équipe opérationnelle » du SIAO. Les accueils de jour sont les interlocuteurs les plus pertinents et les plus compétents pour réaliser une « évaluation » ou un « diagnostic social » des nombreuses personnes qui constituent la file active de l'hébergement.

Acteur essentiel pour une bonne compréhension de la demande, l'accueil de jour est le lieu où se pose la personne pour dire ses envies et les confronter au possible. C'est ici toute la question du diagnostic social, de l'importance d'une évaluation précise de la situation dans laquelle se trouve la personne et des capacités dont elle dispose dans sa rencontre avec le dispositif d'hébergement. *Rapport d'activités 2011*, p. 67.

Les accueils de jour de la métropole participent ainsi, en 2012, à l'élaboration d'une fiche standardisée d'évaluation sociale permettant d'informer au mieux le SIAO. En effet, contrairement au secteur de l'urgence, qui n'exerce en théorie pas de distinction entre demandeurs, la diversité des types d'hébergement de moyenne ou longue durée (insertion, puis stabilisation et maisons-relais, en chambre seule ou multiple, en petit ou grand collectif, pour des publics spécifiques : usagers de drogues, personnes accompagnées d'un chien, âgées de moins de 25 ans, pour couples, pour familles, etc.) implique de cibler et de définir assez précisément l'état de la personne à un instant « t », afin de lui proposer la solution d'hébergement la plus adaptée à sa situation (encadré 6.1).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 6.1 : l'évaluation sociale en accueil de jour (voir annexe 5.1).

Les échanges menant à l'évaluation sociale d'un demandeur par un travailleur social dépassent le recueil d'informations administratives. Ils ne peuvent donc pas être réalisés par le 115, ni par les maraudeurs, dont le cadre de travail n'est pas propice à cette tâche et qui ciblent un autre public. Ce sont donc les accueils de jour qui ont vocation à proposer des prestations matérielles limitées, mais aussi à incarner une porte d'entrée dans le système de prise en charge (chapitre 4), qui réalisent cette évaluation sociale, qu'ils font ensuite remonter au SIAO.

Celle-ci repose sur des entretiens individuels entre travailleurs sociaux et usagers. Les échanges portent sur les ressources, l'état d'avancement des démarches administratives, l'état de santé, le parcours en rue... Ces informations mènent à la formulation d'un diagnostic sur le degré d'autonomie de la personne, supposé permettre au SIAO d'identifier le type d'hébergement le plus adéquat pour elle. Dans cette évaluation, le demandeur a une marge de manœuvre limitée : il peut préciser le type d'hébergement qu'il ne souhaite pas intégrer (hébergement en chambre collective, zone géographique…) et pourra refuser une proposition d'hébergement.

L'échange est donc asymétrique. Dans la mesure où son but est d'évaluer le degré d'autonomie d'une personne accueillie, le travailleur social se focalise sur le recueil d'informations et ne dispense en retour que celles qu'il juge nécessaires au regard de cette autonomie.

II. Le SIAO, nouveau segment professionnel du secteur de l'exclusion ?

Les analyses qui précèdent ont permis de mettre en lumière les fonctions du SIAO et l'impact de sa mise en œuvre sur les pratiques instituées de veille sociale, jusqu'alors assurée par les accueils de jour, le 115 et les maraudes. Ces analyses se limitent néanmoins aux effets internes de la création de ce dispositif, alors même que celui-ci a vocation à jouer un rôle déterminant, parce que structurant, à l'échelle des systèmes locaux de prise en charge des personnes sans-domicile, qu'il vise à réguler. Exprimé ainsi, on pourrait croire que le SIAO est une contrainte strictement exogène, instrument d'un État qui appose sa marque et rappelle sa présence aux professionnels de la veille sociale et, plus largement, à un secteur composé presque exclusivement d'acteurs associatifs. Si ce constat peut sembler exagéré, il mérite d'être discuté en formulant l'hypothèse que le SIAO et les professionnels qui y travaillent forment un segment professionnel nouveau au sein du secteur de l'exclusion, qui relie les associations porteuses des dispositifs de prise en charge et l'État. C'est dans cette optique qu'on restitue l'organisation et la division du travail du SIAO observé (1), avant d'expliciter la position intermédiaire qu'occupent le dispositif et sa coordinatrice dans le secteur de l'exclusion (2).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. Travail et division du travail au sein d'un SIAO

Le SIAO lillois est actuellement constitué de 6 salariés (5 ETP). La division du travail obéit à une double distinction horizontale, des publics d'une part, des dispositifs d'autre part. Distinction des publics d'abord : quatre salariées sont chargées des personnes isolées, d'une part, et des familles, d'autre part – les couples n'ont que très peu de places réservées, et il leur est souvent demandé s'ils acceptent d'être séparés pour déterminer s'ils relèvent des places « *isolés* » ou « *familles* ». Chacune de ces populations et des parcs d'hébergement qui leur correspondent sont gérés par une coordinatrice à temps plein, et un-e secrétaire à temps partiel. Les problématiques se posent différemment pour ces deux populations : il n'existe pas de places d'hébergement d'urgence pour les familles, et leur composition influe fortement sur leurs chances d'accéder aux hébergements d'insertion : en effet, plus une famille est nombreuse, plus l'attente sera longue avant de se voir proposer une solution correspondant à sa situation (Eberhard, Guyavarch, et Le Méner 2016). Dans cette optique, les écoutants 115, qui recueillent les mises à jour des demandes d'hébergement, leur demandent fréquemment si elles acceptent d'être séparées. Dans le cas des personnes isolées, dans la mesure où la plupart des CHRS sont non-mixtes, femmes et hommes font l'objet d'un traitement distinct, même si les problèmes qui se posent se croisent, voire sont similaires pour un certain nombre d'entre eux. Malgré ces différences, le travail des coordinatrices est relativement proche : il s'agit de recueillir les informations disponibles sur les places d'hébergement disponibles, d'une part, sur les demandeurs, d'autre part, et de proposer des appariements en fonction des informations reçues ; d'organiser des réunions entre partenaires de la prise en charge afin de systématiser le partage d'informations sur l'état du parc d'hébergement (offre et demande) ; enfin, de proposer des réunions « *thématiques* » visant à faire dialoguer les partenaires autour d'une problématique professionnelle commune (voir chapitre 7). Les secrétaires assurent un soutien technique aux coordinatrices, en rédigeant les comptes-rendus des réunions et en assurant la transmission des informations recueillies.

Distinction des dispositifs d'autre part : une salariée, à temps partiel, est spécifiquement chargée des dispositifs de logement accompagné (intermédiation locative, logement d'abord et autres dispositifs spécifiques d'accès au logement). Contrairement aux deux autres coordinatrices qui gèrent les places d'hébergement de stabilisation et d'insertion (et d'urgence, plus marginalement) propres à leur public de référence, la coordinatrice du SIAO logement accompagné oriente les personnes isolées comme les familles ; elle est assistée par la secrétaire du SIAO personne isolée, qui occupe l'autre moitié de son temps de travail dans le cadre du logement accompagné. Au cours de l'enquête, le SIAO logement accompagné n'a pas été observé, ni beaucoup évoqué sur les différents terrains investis, ce qui peut amener à s'interroger sur le poids et l'importance relative de ces dispositifs dans le système de prise en

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

charge. Ce relatif effacement peut être lié aux terrains choisis – des structures plutôt tournées vers la prise en charge de personnes marginalisées, peu autonomes, donc éloignées du logement dans la pensée des professionnels qui y travaillent ; d'autre part, on peut faire l'hypothèse que ce dispositif, comme d'autres portant spécifiquement sur l'accès au logement des personnes sans-domicile, hébergées ou mal-logées, sont appelés à s'affirmer comme des outils centraux du système de prise en charge (Lanzaro 2013 ; Rougier, Tardivon, et Waquet 2015). La tendance au rapprochement entre hébergement et logement, et la priorité croissante donnée à ce dernier ne devrait pas diminuer[153], *a fortiori* dans la mesure où le logement accompagné induit un accompagnement moindre et qu'il est par conséquent moins coûteux que les dispositifs d'hébergement. Un poste de chef de service a été créé en 2016, afin d'autonomiser le travail éducatif de la direction de l'association, qui jusqu'alors avait le dernier mot sur des décisions prises par l'équipe du SIAO. Trois personnes étaient candidates : un chef de service d'hébergement d'insertion pour femmes seules en CHRS ; la coordinatrice des maraudes de la métropole lilloise ; enfin la coordinatrice du SIAO isolés. Les rumeurs allaient bon train au moment de l'ouverture du poste, chacun y allant de son pronostic. Globalement, les deux salariées de l'association avaient les faveurs de leurs collègues, tandis que le chef de service de CHRS apparaissait comme un candidat extérieur aux allures de jeune ambitieux, moins concerné par le travail lié au poste lui-même que par l'exposition que celui-ci confère de par sa proximité avec la DDCS. C'est finalement Jessica, la coordinatrice du SIAO isolés qui a été choisie (encadré 6.2).

Encadré 6.2 : la trajectoire socioprofessionnelle de Jessica Tramur.

Jessica Tramur a 33 ans au moment de l'entretien. Originaire du nord de la France, elle est la seule personne titulaire d'un diplôme d'animation socioculturelle rencontrée au cours de l'enquête. Lors de sa formation, elle fait des stages dans le secteur de la prostitution, au « *Nid* », structure dont elle se fait virer car elle « *ne se retrouvait pas au niveau des valeurs* » – le mouvement du Nid est à l'origine d'inspiration catholique, voir (Mathieu 2001) – puis en club de prévention pour adolescents, enfin en CHRS pour familles. Elle est embauchée par ce CHRS à l'issue de son stage, y travaille trois ans, puis arrive au 115 en tant qu'écoutante en 2009. Elle explique être intriguée par ce dispositif au moment de candidater, en avoir déjà entendu parler lorsqu'elle travaillait en CHRS, sans bien se représenter la réalité de la chose. Elle y travaille plusieurs années et en 2013, elle est nommée coordinatrice du SIAO pour les personnes isolées. Jessica Tramur est l'une des très rares professionnels rencontrés qui a participé aux manifestations organisées chaque année autour du 31 mars afin de contester les remises à la rue occasionnées par la fin de la période de trêve hivernale. Par ailleurs, elle tient, de façon informelle, un discours très critique vis-à-vis de l'action de l'État et de la « pénurie organisée » qu'il délègue aux associations. Pourtant, cela ne l'empêche pas de penser à passer un jour « de l'autre côté », celui de l'État justement, dans l'optique d'y faire évoluer les pratiques relatives à la prise en charge des sans-domicile.

[153] C'est ce que semblent indiquer les annonces d'Emmanuel Macron, mettant en avant le moindre coût de ces dispositifs : voir http://www.lemonde.fr/logement/article/2017/09/11/macron-veut-creer-50-000-places-supplementaires-pour-le-logement-d-urgence_5184098_1653445.html?xtmc=macron_logement&xtcr=68, consulté le 22 octobre 2017.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Le choix de Jessica Tramur n'est pas anodin. Dans une certaine mesure, il traduit la volonté des dirigeants de l'association de promouvoir et de transmettre l'image d'une identité forte et cohérente, en dépit de la proximité du poste, voire de son exposition, vis-à-vis de l'État.

2. Les SIAO, garants de l'inconditionnalité de l'accueil

Si la création du SIAO a résulté de profonds changements organisationnels dans le système de prise en charge, il en a aussi occasionnés. En incarnant un changement de la philosophie de l'accès à l'hébergement, en ambitionnant de rompre avec les parcours en escalier et en donnant directement accès à des dispositifs de logement accompagné, il a été à l'origine d'une réorganisation des dispositifs de veille sociale qui lui préexistaient, dont on a cherché à témoigner dans les pages qui précèdent. Mais les effets sur les pratiques professionnelles sont observables également au-delà de l'équipe opérationnelle du SIAO, sur de nombreux dispositifs. En premier lieu, c'est dans les procédures de distribution des places d'hébergement, donc de régulation de l'accès au système d'hébergement, que les effets du SIAO sont visibles et témoignent des changements profonds qu'il apporte à la division du travail de prise en charge. Les entretiens réalisés avec des professionnels qui ont assisté à la mise en place du SIAO au début des années 2010 permettent d'avancer qu'auparavant, les personnes sans-domicile étaient orientées par les équipes de maraude, le 115 ou les accueils de jour, directement vers des structures d'hébergement afin de solliciter une place :

> Quand je suis arrivé, le SIAO n'existait pas. On avait des orientations des accueils… on avait un nombre de places dédiées à l'accueil de jour des moins de 25 ans, un nombre de places dédiées à l'accueil de jour des plus de 25 ans, et un nombre de places dédiées aux accueils via le 115.
>
> Adrien, moniteur-éducateur en stabilisation, CHRS 1, 34 ans

> Au CHU, et puis au CHRS, on accueillait en direct les personnes. Les personnes se présentaient… Le 115 existait déjà, ventilait le public en demande, mais en tous cas sur le CHU, qui est le dispositif où j'ai pu exercer pendant 2 ans, le public c'était les premiers arrivés… Y'avait pas une hiérarchisation en fonction de la date d'appel, c'était très anarchique. Et puis c'était surtout le premier à taper à la porte, s'il y avait une place il l'avait. Du coup y'avait énormément de monde qui venait, on voyait des personnes arriver, qui faisaient le tour des CHRS pour savoir s'il y avait une place, et puis voilà, on les prenait.
>
> Boris, chef de service insertion, CHRS 2, 43 ans

L'accès aux places en hébergement obéissait alors à une logique où le premier arrivé était le premier servi ; les dispositifs d'accueil, y compris téléphoniques avec le 115, avaient pour fonction d'orienter les demandeurs vers les structures d'hébergement. Cette orientation se doublait de la création de filières d'admission internes aux associations et de logiques de sélection des personnes hébergées :

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Alors après, le système en escalier oui, on l'a connu et on l'a même favorisé. C'était… bah "chacun ses pauvres", la politique de chacun ses pauvres : chaque association avait des dispositifs d'hébergement d'urgence, d'insertion, voire même de campagne hivernale. Et puis nous on fonctionnait sur : porte d'entrée Ferron 2, donc urgence. Puis ça partait sur la campagne hivernale, parce que c'était un peu plus long, même si c'était de la campagne hivernale, c'était 10 jours. Et sinon, bah elle pouvait, si elle faisait une demande, basculer sur un autre dispositif propre à l'association. Donc urgence, campagne hivernale, puis stabilisation. Et les "meilleurs » de la stabilisation, je dis ça avec de l'ironie hein, avec un travailleur social qui fait une bonne note sociale quoi, entraient en CHRS. Et puis bah en CHRS on avait la crème de la crème quoi.
>
> Boris, chef de service insertion, CHRS 2, 43 ans

> J'ai tout entendu : c'était mieux, c'était moins bien… Surtout en fonction des interlocuteurs : les accueils de jour préféraient l'ancien système, puisqu'ils avaient chacun 30 et 25 places, ou 30 et 30 places, directement ici où ils étaient maîtres des orientations. Pour eux, ça permettait de mettre à l'abri directement des personnes. Avec l'arrivée du SIAO, tout ça, ça a éclaté (rires). Ils ont fait un peu la gueule sur les accueils de jour ! Et ça se comprend : quand tu perds un super outil de travail, t'as un peu les nerfs.
>
> Patrick, Chef de service stabilisation, CHRS 1, 46 ans

Dans ces extraits, le système AHI est surnommé « *en escalier* » dans la mesure où il repose sur l'idée d'une évolution linéaire des parcours d'insertion, mais crée des effets de seuil et de sélection parmi les usagers (Deluchey 2006; Gardella 2014a). Il s'appuie sur des filières propres aux associations, où les structures d'hébergement jouent un rôle actif dans le tri des usagers en accueillant les personnes les moins dégradées et les plus à même de s'inscrire dans des parcours d'insertion. Dès lors, la compétence d'orientation, ce « *super outil de travail* » partagé par les dispositifs d'accueil, est en fait synonyme d'un contrôle sur la population orientée :

> Au 115, on orientait des personnes sur les CHRS. Pas sur tous les CHRS, mais sur les CHRS qui voulaient bien travailler avec le 115… Au niveau des CHRS, ils cherchaient le public qu'ils voulaient accueillir, et s'ils trouvaient personne, ils remettaient les places au 115.
>
> Jessica, Coordinatrice du SIAO, 33 ans

> T'avais pas tout ce système-là, t'avais une marge de manœuvre, autant en accueil qu'en fin de prise en charge, qui était beaucoup plus grosse. T'avais pas de justification à apporter à la DDCS en fin de prise en charge par exemple. Le 115 nous servait que des mecs en urgence, mais on avait un tel nombre de places d'urgence que tous les matins on envoyait un fax au 115 avec « *tel monsieur est arrivé, là jusqu'à tel jour* ». Tous les matins on faisait le point avec le 115. Avec les accueils de jour, on savait où on en était…, un coup de fil à 10 heures et c'était réglé. Tous les matins on avait un contact avec le 115 : « *on a tant de places, y'a 10 mecs qui ont été orientés, y'en a que 8 qui se sont pointés, qu'est-ce qu'on fait pour les deux autres ?* » - « *Ah bah vous inquiétez pas on vous envoie quelqu'un d'autre* ». On fonctionnait que comme ça. Donc t'avais pas de diag SIAO, un administratif beaucoup moins chargé et une marge de manœuvre beaucoup plus forte. Et en plus, après, ça je sais pas ce qui a fait que ça a changé, mais on s'autorisait beaucoup plus de remises à la rue.
>
> Adrien, moniteur-éducateur en stabilisation, CHRS 1, 34 ans

Ces extraits mettent en lumière la sélection à l'œuvre dans l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile, et la « *marge de manœuvre* », c'est-à-dire le pouvoir discrétionnaire des structures d'accueil et d'hébergement. Le secteur de l'exclusion tendait ainsi à reproduire

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

des mécanismes d'exclusion en favorisant les individus les mieux dotés en ressources valorisées par les CHRS : ressources économiques, bonne hygiène corporelle, capacité à s'inscrire dans un parcours d'insertion, discrétion dans la vie en collectif, etc. (Soulié, 1997 ; Marpsat et Firdion, 1998). Ce type de pratiques de sélection par les CHRS avait pourtant lieu à un moment où le principe d'inconditionnalité, selon lequel toute personne sans-abri en détresse doit se voir proposer dans l'immédiat un hébergement d'urgence en attendant une solution plus adaptée à sa situation, s'était en partie diffusé dans le secteur (Gardella 2014c). Au cours des années 2000, ce principe s'est progressivement étendu à l'hébergement d'insertion[154], relayé par les critiques sur le secteur AHI. Le principe de continuité de l'hébergement s'est lui aussi imposé au cœur des débats, et plus spécifiquement des critiques de l'urgence sociale. La politique de refondation mise en œuvre à partir de 2007 reconnait ces principes et crée de nouvelles normes, dispositifs et acteurs chargés de les faire respecter (Gardella 2014a, 2014c ; Weill 2017). Placés directement sous le pilotage de l'État, les SIAO se sont ainsi affirmés comme des garants de la norme d'inconditionnalité de l'accueil. En effet, au-delà de ce que la sociogenèse du dispositif tend à indiquer, l'ensemble des observations menées suggèrent que la mise en œuvre du SIAO a moins été vécue comme l'incarnation du nouveau paradigme du logement d'abord que comme une tentative de rupture avec les pratiques de sélection discrétionnaire des usagers, évoquées dans les extraits d'entretien – et ce dont témoigne un chef de service de CHRS lorsqu'il dit qu'« *avec l'arrivée du SIAO, tout ça, ça a éclaté (rires). Ils ont fait un peu la gueule sur les accueils de jour !* ».

3. Un segment entre l'État et le travail social ?

L'un des traits les plus particuliers du SIAO dans le cadre de la prise en charge, est son positionnement intermédiaire, entre la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et les associations de prise en charge. On peut ainsi s'interroger sur la pertinence à envisager les professionnels des SIAO comme les membres d'un segment professionnel spécifique (Bucher et Strauss 1961). Dans leur article, Rue Bucher et Anselm Strauss s'opposent à l'hypothèse d'homogénéité des groupes professionnels des fonctionnalistes (pour une discussion précise, voir notamment Hénaut et Poulard 2018a, 2018b). Toute profession, toute organisation professionnelle est traversée selon eux par des conflits plus ou moins marqués, des agencements et des « *coalitions qui se développent et grandissent – en partie en opposition à d'autres* » (Bucher et Strauss 1961, p. 326, ma traduction), soit des segments professionnels. Dans un travail ultérieur, Bucher ajoute que les segments « *développent des identités distinctes,*

[154] Voir la note de la Fédération des acteurs de la solidarité (Fnars) et sa veille juridique sur cette question : http://www.fnars.org/index.php/les-actions-de-la-fnars/accueil-et-hebergement/596-accueil-inconditionnel-accueil-hebergement/3752-linconditionnalite-de-laccueil-en-chrs, consulté le 20 janvier 2017.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

un sens du passé, et des objectifs pour le futur ; ils organisent des activités et des tactiques qui sécuriseront leurs positions institutionnelles, et mettent en œuvre leur mission propre » (Bucher 1962, p. 40, ma traduction). Dans le cas étudié, si segmentation de l'activité de régulation de l'accès à l'hébergement il y a, divers éléments qui s'y rapportent tendent à rapprocher le SIAO de l'État, quand d'autres l'apparentent plutôt à un segment du travail social. Si on l'envisage comme un segment professionnel, le SIAO apparait comme le produit de changements imposés par l'État pour exercer l'autonomisation d'une nouvelle tâche, plutôt que comme faisant l'objet d'une reconnaissance de l'expertise d'un travail réalisé de longue date, comme dans le cas des médecins légistes (Juston 2017a), ou du couplage entre des formes de travail originales regroupées sous une forme unique, comme dans le cas des pâtissiers de restaurant (Collas 2017).

La régulation du système d'hébergement a pris, avec les SIAO, la forme d'un mandat, soit d'une obligation de mission, là où la sélection discrétionnaire des demandeurs constituaient plutôt une licence diffuse et largement partagée entre les professionnels de l'accueil et de l'hébergement (Hughes 1958). Ce mandat est directement délégué par l'État – la loi prévoit d'ailleurs que des agents de l'État puissent directement coordonner les SIAO – dans l'optique de mettre fin à la sélection discrétionnaire des demandeurs. Dans cette optique, on peut penser que le SIAO s'apparente à un instrument supposé garantir les visées étatiques (Halpern, Lascoumes et Le Galès 2014). La coordinatrice explique ainsi être en contact régulier, presque quotidien, avec le responsable de la Mission urgence sociale, hébergement et insertion (MUSHI) de la DDCS. Dans le cas étudié néanmoins, le fait que la coordinatrice du SIAO soit diplômée du travail social et ait fait toute sa carrière dans le secteur de l'exclusion la rapproche des professionnels des dispositifs d'accueil et d'hébergement avec lesquels elle travaille. Elle connait le quotidien des CHRS et les difficultés qu'y rencontrent les professionnels de l'accompagnement, difficultés qui expliquent les refus d'hébergement. Tout en critiquant ces refus, elle s'oppose davantage à l'État, qu'elle accuse d'organiser sciemment la pénurie des places d'hébergement. On peut penser que sa trajectoire professionnelle ascendante, et les contradictions identitaires dont elle témoigne, génèrent un habitus professionnel clivé (Bourdieu 1997 ; Quijoux 2015). Il convient néanmoins de rester prudent quant à l'affirmation de l'existence du SIAO comme nouveau segment professionnel : l'enquête n'a porté que sur un SIAO et s'est focalisée sur la professionnelle qui contribue à le rendre opérationnel. Afin d'étayer l'idée que le SIAO – comme d'autres dispositifs de régulation – est susceptible de constituer un nouveau segment professionnel, il conviendrait d'observer d'autres configurations et d'autres appropriations locales de cet instrument. Dans un contexte de pénurie des places d'hébergement et de pratiques discrétionnaires de sélection des demandeurs, la création du SIAO, dispositif doté d'un mandat sur la régulation du système d'hébergement, a eu vocation à *mettre en ordre* l'accès à l'hébergement. L'expression est entendue au sens de Strauss (1992), comme l'édiction de règles visant à organiser l'accès au système

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'hébergement. Ce sont ces règles et critères, qu'il s'agit maintenant d'analyser, pour mettre en lumière les effets de catégorisation et de hiérarchisation des situations individuelles de pauvreté qu'ils produisent.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. Les conflits autour de la régulation. Diagnostics et inférence dans la distribution des places d'hébergement

La création des SIAO s'opère donc dans un contexte de refonte des politiques de prise en charge des personnes sans-domicile. Elle est elle-même génératrice d'évolutions profondes dans l'organisation et la division du travail de prise en charge, qui touchent principalement l'accès des demandeurs au système d'hébergement : dotés d'un mandat pour la régulation de ce système, les SIAO incarnent l'affirmation du principe d'inconditionnalité de l'accueil et ont vocation à mettre fin aux pratiques de sélection discrétionnaire en vigueur. Néanmoins, cette installation dans le système de prise en charge ne se fait pas sans heurts : on voudrait montrer dans cette section qu'elle est génératrice d'un conflit entre dispositifs et professionnels de la prise en charge. Lors de sa création, le SIAO lillois vise à *mettre en ordre* (Anselm L. Strauss 1992) la distribution des places d'hébergement, c'est-à-dire à édicter des règles définissant un mode d'allocation en accord avec le principe d'inconditionnalité, dans un contexte structurel et structurant où les places d'hébergement manquent (I). Les matériaux recueillis au cours de l'enquête montrent néanmoins que cet ordre est constamment négocié, contourné, modifié au cours de commissions d'attribution des places d'hébergement, où se donne à voir un travail d'inférence qui mène à redéfinir les évaluations sociales des demandeurs et la pertinence de leur allouer, ou non, des places d'hébergement (II). À l'issue de ce travail d'inférence, on observe une réactivation des figures du bon et du mauvais pauvre, qui mène à un traitement différentiel de ces deux figures (III).

I. La mise en ordre de l'accès à l'hébergement : gérer des injonctions contradictoires

Si la gestion de la pénurie des places existait préalablement au SIAO, elle se situe désormais au cœur du travail de ce dispositif, qu'il contribue à rendre visible : en centralisant et en agrégeant les demandes de places d'hébergement et les places disponibles à l'échelle de la métropole lilloise, le SIAO crée une offre et une demande, qu'il met en contact. Plus largement, il a contribué à cristalliser et à rendre visibles un ensemble de caractéristiques structurelles mais diffuses du système de prise en charge, qu'il a vocation à faire tenir ensemble : pénurie de l'offre d'hébergement, spécialisation des CHRS, principes de continuité et surtout inconditionnalité de l'accueil. Ces caractéristiques constituent des injonctions contradictoires particulièrement fortes. Avant d'analyser la manière dont les professionnels de la prise en charge, c'est-à-dire les travailleurs sociaux de la veille sociale et des CHRS

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

parviennent à orienter des personnes en demande d'hébergement, ce sont les règles qui président formellement à cette orientation qu'il convient d'étudier. Dans un contexte de pénurie, l'inconditionnalité ne peut qu'être cantonnée, limitée (1). Partant les règles qui président à l'allocation des places d'hébergement, si elles se veulent le plus juste possible, expriment implicitement un ordre du mérite des demandeurs (2).

1. Les cantonnements de l'inconditionnalité

Le principe d'inconditionnalité de l'accueil pose particulièrement question dans les discussions entre professionnels. Il ne s'est pas imposé brutalement au législateur d'une part, aux acteurs de la prise en charge de l'autre, mais s'est progressivement diffusé à partir du tournant du XXe siècle, en particulier au cours de la seconde moitié de celui-ci (Gardella 2014b), à mesure que se structurait le système de protection sociale français (Bec 1998b). À la répression active des errants, dont l'enfermement, les travaux forcés ou la mise au ban ont incarné les archétypes, a succédé une répression passive, où l'accès aux droits sociaux est nié, conditionné ou inégalement appliqué par le biais de différents mécanismes (sélection à l'entrée, activation des droits, pénurie organisée). C'est dans ce cadre que se déploie le principe d'inconditionnalité de l'accueil (Gardella 2014b), jusqu'à se voir doté d'une reconnaissance juridique, d'abord dans la loi de Mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (loi MOLLE), puis dans un arrêt du Conseil d'État datant de 2012[155]. L'inconditionnalité y est définie de la manière suivante : « *toute personne sans-abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence* » (article L 345-2-2 du Code l'action sociale et des familles). Elle est directement reliée aux dispositifs de veille sociale, qui sont chargés de trouver une solution pour les demandeurs « qu'appelle leur état » (article L 345-2). Autrement dit, l'inconditionnalité suppose de fournir une solution d'hébergement à toute personne qui le sollicite : la détresse est censée être à l'origine de cette demande. Ce sens plein et entier à ce que l'on peut nommer une inconditionnalité *forte*. Pourtant, une telle inconditionnalité se heurte frontalement à la pénurie des places. En 2017, sur le territoire étudié, 18 associations différentes portent 73 centres d'hébergement, pour un total de 3 615 places et 7 246 nouvelles demandes enregistrées. Si l'on se concentre sur les personnes isolées, qui sont au cœur de l'analyse, 1 167 places existent, pour 3 406 demandes. 913 places sont destinées aux hommes, et 254 aux femmes, pour respectivement 2 649 et 757 demandes. S'il n'est pas possible de déduire mécaniquement le manque de places

[155] Conseil d'État, juge des référés, 10 février 2012, 356456.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'hébergement, ces chiffres donnent une idée de l'ampleur de la pénurie et de l'impossibilité matérielle, en l'état, de (faire) respecter le principe d'inconditionnalité de l'accueil.

Pratiquement irréalisable, celui-ci est donc plutôt un idéal-type qu'une réalité empiriquement observable. Gardella (2014b) observe analyse ainsi des pratiques de « *cantonnement* », soit de limitation de son effectivité. À un niveau macrosociologique on peut ainsi observer un *cantonnement indirect* de l'inconditionnalité par lequel les pouvoirs publics limitent sciemment le nombre de places d'hébergement, au motif que leur multiplication ne serait pas une solution au sans-abrisme et produirait des effets « *d'appel d'air*[156] » ; à un niveau intermédiaire se donne à voir un *cantonnement catégoriel* de l'inconditionnalité, dans la spécialisation des CHRS sur certains publics (femmes ou hommes, jeunes ou âgés, isolés ou familles, etc.), officialisée par les projets d'établissement. De ces cantonnements résulte ce que l'on peut appeler une inconditionnalité *faible*. On l'a dit : le SIAO a pour vocation de mettre fin aux pratiques de sélection discrétionnaire à l'œuvre dans le secteur de la prise en charge du sans-abrisme. Pour ce faire, il doit *mettre en ordre* l'accès à l'hébergement (Anselm L. Strauss 1992), c'est-à-dire identifier des critères de distinction, mais aussi de hiérarchisation des demandes. Le premier critère à l'œuvre n'est pas le fait du SIAO, mais correspond au cantonnement catégoriel, c'est-à-dire à la spécialisation des CHRS dans la prise en charge de certains publics. Il contribue à répartir les demandeurs dans des fragments de parcs d'hébergement et à gérer les flux de populations privées de domicile. Mais cette répartition n'est pas pour autant une hiérarchisation, et la pénurie des places se réfracte sur l'ensemble des parcs d'hébergement, avec plus ou moins de force : sur le territoire de la métropole lilloise, la pénurie est ainsi particulièrement prégnante en ce qui concerne les places destinées aux familles. Par conséquent le problème demeure pour le SIAO, confronté à des injonctions contradictoires. Garant de l'inconditionnalité de l'accueil, il doit trouver le moyen d'articuler celle-ci à la pénurie des places d'hébergement.

2. Les files d'attente, ou l'ordre du mérite

La solution privilégiée est la file d'attente. John Elster a montré qu'il s'agit de la principale solution vers laquelle se tournent les pouvoirs publics dans les situations d'allocation de biens rares (Elster 1992). Elle permet de hiérarchiser des demandes portant sur des biens en quantité insuffisante. Mais si la file d'attente est un outil de mise en ordre, sa construction

[156] Dans sa thèse, Édouard Gardella s'appuie sur un échange entre Benoist Apparu, alors secrétaire d'État chargé du Logement et de l'Urbanisme, le sociologue Pierre Chauvin et Xavier Emmanuelli, dans lequel B. Apparu mobilise cet argumentaire. En cela, il nous semble d'ailleurs que le cantonnement décrit pourrait en fait davantage être qualifié de direct, dans la mesure où la limitation du nombre de places d'hébergement apparait alors comme un choix conscient et réfléchi.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dépend d'un – ou plusieurs – critère(s). Or ce critère ne va pas de soi. C'est la question du mode de classement des individus, de la réalité construite par ces classements et de leurs effets sur les individus qu'ils classent, ainsi que l'enjeu du classement, qui est alors posée. De tels classements sont « *des instruments et des enjeux de luttes* » (Bourdieu 2015, 84 et suivantes), luttes qui sont ici d'ordre professionnel. Si l'on omet temporairement la problématique de la question SDF et de l'accès à l'hébergement, on peut penser que des critères de classement et de hiérarchisation fondés sur l'ordre alphabétique des initiales, sur la taille des individus, sur la couleur des yeux ou des cheveux, peuvent prévaloir – et prévalent effectivement dans certaines situations. Ce type de critères, s'ils paraissent ici triviaux, permettent de répartir des individus, de former des groupes et de les positionner les uns par rapport aux autres dans des espaces de significations. Dans des situations plus concrètes, on peut également penser à des listes d'attente fondées sur le critère de l'excellence dans l'éducation (Bruno 2008), ou de l'hygiène de vie pour la transplantation d'organes (Steiner, 2010). Dans ces cas, les critères n'ont rien de trivial : ils traduisent les représentations de ceux qui les construisent et parviennent à les faire valoir comme légitimes dans un univers de sens donné. Une bonne hygiène de vie est valorisée par le corps médical et doit permettre que la pérennité de la greffe ou de toute autre opération à risque ne soit pas remise en question par des comportements identifiés comme néfastes (Loretti 2017). L'excellence, qu'elle concerne l'éducation ou la recherche, est valorisée par les institutions qui l'encadrent, qui l'évaluent et lui donnent valeur de critère (Gozlan 2016 ; Laillier et Topalov 2017). De sorte que la légitimité qu'acquièrent ces critères est largement naturalisée et présentée comme relevant du bon sens. Elle traduit bien les logiques d'évaluation du mérite à l'œuvre : plus on est excellent, meilleures sont nos conduites de vie, plus on est performant, et mieux on est classé (Allouch 2017). Dans le cas des biens rares, les files d'attente sont une forme de classement spécifique, permettant d'ajuster la reconnaissance d'un mérite et sa sanction (encadré 6.3).

Encadré 6.3 : l'idéologie méritocratique et la distribution des biens rares.

Si la liste d'attente constitue une solution d'évidence dans la gestion de la distribution des biens rares, il faut déconstruire cette évidence. Un tel mode d'attribution repose explicitement sur une hiérarchisation des demandes d'accès à ces biens, et plus implicitement, sur une évaluation du mérite des situations individuelles ainsi hiérarchisées. Le mérite est au cœur des démocraties libérales, et les sciences sociales ont largement démontré à quel point il est dépendant des inégalités socioéconomiques et des mécanismes de reproduction sociale, dénaturalisant un tel concept. Certains théoriciens, parmi lesquels John Rawls incarne l'une des figures les plus connues ont cherché à théoriser les conditions d'articulation des libertés individuelles et des exigences de justice sociale (Rawls 1971). Pour Rawls, l'idéologie du mérite n'est ainsi acceptable que lorsqu'une égalité des chances pleine et entière – donc irréalisable – est garantie.

On peut apporter deux éléments à la réflexion. En premier lieu, il est intéressant d'observer les cas où des biens rares sont alloués sans que la liste d'attente constitue une modalité d'ajustement. Le cas de l'attribution du fond d'urgence sociale, étudié par Fassin et al. (2001), montre par exemple que les critères de distinction des situations de pauvreté, en dépit de leur tentative d'objectivation, restent très marqués par des appréciations subjectives et par le recours à des registres de justification permettant de donner sens aux critères pensés comme objectifs. Dans ce cas précis, le fait de pouvoir non seulement choisir les

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

bénéficiaires, mais aussi le montant des aides qui sera alloué à chacun, offre une marge de manœuvre dans la répartition du bien rare. Un autre exemple particulièrement éclairant se trouve dans l'analyse proposée par Sébastien Dalgalarrondo et Philippe Urfalino (2000) sur l'accès de malades du VIH à des traitements expérimentaux existant en quantité limitée. Les auteurs mettent en lumière la controverse qui éclate autour du choix du tirage au sort comme mode d'attribution des traitements expérimentaux. Ils soulignent à quel point les enjeux de formulation et de filtrage des termes du problème (le tirage au sort passe dans la presse du statut de choix courageux à celui de scandale en moins de 24 heures) influent sur la controverse. Le tirage au sort entre des malades présentant un certain nombre de caractères communs apparait ici moralement condamnable, *a fortiori* dans une évaluation réalisée par un groupe reconnu expert – les médecins – pour décider qui est légitime à bénéficier du traitement. Dans ces deux cas, le mérite reste au cœur des évaluations des distributeurs de biens, de deux manières différentes : dans le premier cas, l'évaluation des situations de pauvreté, au-delà du seuil symbolique du reste à vivre identifié, est modulée par l'appréciation des justifications des situations de pauvreté données par les demandeurs, certaines paraissant plus légitimes que d'autres ; dans le second cas, c'est précisément parce que le tirage au sort relègue toute considération méritocratique (ici traduite par l'évaluation médicale de la gravité de l'avancement de la maladie) qu'il parait traduire un mépris des malades et poser problème.

En second lieu, on peut élargir la réflexion en observant que la gestion des biens rares se traduit bien souvent par des opérations de traitement et de catégorisations de la demande, plutôt que par des efforts visant à agir sur l'offre, que ce soit pour mieux la répartir ou en augmenter le volume global. Les réflexions de Benoist Apparu, citées par Gardella à propos de l'appel d'air que créerait une hausse du nombre de places d'hébergement, témoignent d'une volonté de considérer le sans-abrisme comme l'agrégation de situations individuelles plutôt que comme un fait social produit de l'organisation socioéconomique contemporaine et sur lequel les politiques publiques cherchent à avoir et ont des effets. Il en va de même avec les controverses récentes autour de la mise en place du tirage au sort à l'entrée de l'Université, qui témoignent d'une certaine conception de la situation de l'enseignement supérieur et de la recherche en France : plutôt que de donner les moyens d'accueillir l'ensemble des prétendants – ce qui est l'objectif du service public de l'éducation –, le tirage au sort limite le nombre d'élus pouvant y accéder. La pénurie est ainsi sciemment entretenue, et elle a pour effet de créer une dualisation de plus en plus prégnante entre *insiders* et *outsiders*, ces derniers étant systématiquement déconsidérés.

La mise en ordre de l'accès au système d'hébergement doit donc reposer sur l'édiction de règles et de critères à partir desquels les demandes des sans-domicile sont évaluées et hiérarchisées. Or, comme on l'a évoqué précédemment, l'affirmation de l'inconditionnalité de l'accueil met fin à la distinction entre pauvres méritants et imméritants. Dans la mesure où désormais, *tous sont méritants*, un paradoxe se fait jour dans la nécessaire hiérarchisation d'une forme de mérite, qui doit néanmoins être traduite dans un critère peu discriminant, contrairement aux critères de l'aptitude au travail ou de l'inscription communautaire. En somme, c'est l'équité, compromis entre les principes méritocratiques et l'absence de discrimination des demandeurs, qui doit prévaloir. De sorte que c'est l'ancienneté de la demande – bien que la formulation effective de celle-ci soit peu évidente (Warin, 2016) – mesurée par la date d'inscription dans le logiciel Kheops qui permet la construction d'une liste d'attente incarnant l'ordre local du mérite. Au cours de l'entretien mené avec elle, la coordinatrice du dispositif présente successivement ce critère comme « *bête et méchant* », puis comme « *ce qu'il y a de plus objectif* » pour trancher entre différentes demandes. Paradoxalement, c'est donc le temps passé à la rue qui permet d'évaluer les situations individuelles de pauvreté, toutes caractérisées par leur dénuement. Cet ordre est néanmoins fragile. Entre respect de l'inconditionnalité, spécialisation des CHRS et gestion de la pénurie,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

la régulation est prise dans des injonctions contradictoires, génératrices d'incertitudes dans le système d'attribution des places. Un conflit se fait jour, qui se traduit par des contestations de l'ordre institué par le SIAO. La compétence de régulation fait l'objet d'un conflit pour son appropriation : les CHRS, qui la détenaient, se sont vu contester leur légitimité à contrôler la population accueillie avec l'apparition des SIAO, porteurs de la norme d'inconditionnalité.

II. La régulation comme dynamique professionnelle conflictuelle

On l'a vu en introduction de cette thèse, la juridiction désigne, dans la pensée d'Andrew Abbott, un territoire (*turf*) professionnel sur lequel un ou plusieurs groupes ou segments professionnels revendiquent une légitimité à intervenir. La multiplicité de ces groupes induit des relations de coopération et de lutte, qui peuvent s'exprimer dans différentes arènes (Abbott 2005) : auprès de l'État, du public, et sur le lieu de travail. C'est au cœur de cette dernière arène que s'exerce le conflit autour de la régulation de l'accès au système d'hébergement. Dans ce conflit, des négociations entre professionnels de l'hébergement portent sur la définition des problèmes à résoudre et des solutions disponibles et sont observables à l'échelle de leurs interactions (Hénaut, 2016) (1). Ces négociations ont lieu au cours de commissions d'orientation, lors desquelles se donne à voir un travail d'inférence qui permet aux professionnels de redéfinir les situations des demandeurs et de leur attribuer, ou non, une place (2). Les refus d'accueillir sont finalement assez fréquents et liés à l'organisation des commissions : l'ineffectivité du principe d'inconditionnalité de l'accueil, au cœur du conflit de juridiction, est rendue possible par l'absence d'une autorité légitime en commission (3).

1. Un conflit localisé entre CHRS et SIAO

La sociologie des organisations, l'ethnographie des politiques publiques et les travaux sur la *street-level bureaucracy* ont montré que les situations d'incohérences juridico-administratives sont propices à l'exercice d'une compétence discrétionnaire (Crozier et Friedberg 1977 ; Lipsky 1980 ; Dubois 2012). Dans le secteur du logement social par exemple, les contradictions entre droit au logement et mixité sociale suscitent l'arbitrage des agents de terrain et tendent à favoriser les demandeurs les mieux dotés en ressources diverses (Bourgeois, 2013 ; Weill, 2014). Dans le cas de l'hébergement pourtant, la création des SIAO avait précisément vocation à supprimer la sélection discrétionnaire des candidats à l'hébergement. Leur lien étroit avec les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), chargées de désigner les entités locales porteuses des SIAO, confère à ces derniers une légitimité dans l'organisation de la régulation (Hughes 1958). Contre cette légitimité, les structures

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'hébergement font valoir leur exposition en première ligne pour l'accueil et un droit de regard sur la population accueillie. Des résistances s'observent, dont les plus emblématiques sont les listes noires de personnes non-admises au sein des CHRS :

> **Les listes de refus, ou les listes noires, ou les personnes blacklistées, il y en a beaucoup ?**
>
> Non. Y'en a que deux qui l'affichent officiellement. Et du coup, autant pour moi cette liste des interdits elle devrait disparaitre à un moment donné, mais ils ont le mérite de l'afficher. Parce que là, justement, c'est ce qu'il y a de plus objectif. Parce que, eux c'est écrit. C'est écrit pourquoi, c'est écrit sur quelle structure la personne est refusée, enfin est interdite, et ils expliquent aussi les modalités pour sortir de cette liste : il y a une procédure très claire qui est annoncée "comment je fais pour sortir de cette liste ?", donc au final le droit de la personne est très clair. Même si en termes de droits, c'est questionnant les listes d'interdits (rires).
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

L'existence de ces listes noires est confirmée par les travailleurs du 115, qui les reçoivent à échéance régulière et sont supposés s'adapter à leur existence en les prenant en compte dans leurs orientations des demandeurs. Les motifs d'inscription d'une personne sur liste noire relèvent souvent d'écarts à la règle jugés graves et ne pouvant être punis par des sanctions habituelles et temporaires (tâches supplémentaires, mises à pied plus ou moins longues…). En l'occurrence, des cas de violence physique envers le personnel, d'infractions répétées aux règlements (trafic ou usages massifs de psychotropes, violences, harcèlement, vols), ou de dettes massives vis-à-vis de la structure d'hébergement peuvent justifier cette inscription. La directrice du CHRS 2 explique, embarrassée :

> Je sais pas, la liste elle est comme ça, ici [elle montre la liste sur le mur]. J'ai pas vu, j'ai pas regardé, je… (soupir) je lutte contre autre chose pour l'instant, mais… c'est pour se protéger, nous, c'est pour valider des décisions qui ont été prises avant. Ce qui valide la liste des suspendus, c'est un acte de violence. En gros, notre critère à nous, c'est ça. Et puis une fois, y'a eu une erreur de faite : "non-respect de la liste des suspendus". Bingo, ça a fait causer, en disant "ça sert à quoi" ? Bah la personne a le droit de changer après tout…
>
> Laurence Strazer, Directrice de CHRS, 47 ans.

Le cas échéant, les procédures de sortie de liste sont liées à la faute : lettre écrite d'excuses et d'engagement à ne pas réitérer, plan d'apurement ou règlement d'une partie de la dette, temps limité d'inscription... De fait, la publication de ces listes et des procédures de sortie de leur confère un caractère officiel (Bourdieu 1982b), alors que l'on observe par ailleurs un certain nombre de pratiques témoignant de l'existence de listes et de critères officieux :

> D'autres structures, on va être justement sur la connaissance tacite qu'on a des personnes.
>
> **OK, et donc là ça va être uniquement de l'ordre de la réputation ou de la rumeur, et c'est pas du tout objectivé…**
>
> C'est pas du tout objectivé, et on a du mal à voir comment on peut un jour réintégrer cet hébergement si on le souhaite. On ne sait pas quelle procédure suivre.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Ces extraits d'entretien témoignent de pratiques de contournement de l'ordre des demandes construit par le SIAO sur le critère de l'ancienneté. La régulation est ainsi un mandat théoriquement contrôlé par le SIAO, mais que les CHRS lui disputent, ce dont témoignent les refus d'accueillir certains demandeurs. Le conflit s'opère ici au niveau des segments du groupe professionnel des travailleurs sociaux de l'hébergement. Cette échelle de conflictualité s'explique par la sociohistoire du travail social (Autès, 1999 ; Ion, 2005), fortement segmenté tant du point de vue de la diversité des formations et des diplômes, de la hiérarchie des fonctions et des statuts, de ses domaines d'expertise professionnelle revendiqués ou acquis, que du fractionnement interne au secteur de la prise en charge des publics précaires (Damon, 2002). Cette conflictualité témoigne ainsi des différents niveaux de déploiement du processus de professionnalisation de la prise en charge du sans-abrisme (Demazière 2009 ; Demazière et Jouvenet 2016a, 2016b ; Ollivier 2016). En tant que nouveau segment, le SIAO n'apparait pas susceptible d'unifier les segments existants et de renforcer la cohésion du groupe, mais plutôt comme un nouveau segment concurrent. Cette concurrence est renforcée par l'absence d'autorité des travailleurs sociaux du SIAO sur ceux des CHRS :

> Le SIAO n'a aucun pouvoir d'ingérence dans l'hébergement. L'hébergement reste maître de sa décision d'accueillir ou pas la personne.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Les CHRS possèdent ainsi une marge de manœuvre dans la régulation, et l'existence des listes noires traduit l'absence d'autorité du SIAO sur les structures. La régulation des places d'hébergement n'obéit donc pas à l'application mécanique des listes d'attente, qui voudrait que le plus anciennement inscrit se voie attribuer la première place disponible. Mais elle ne résulte pas non plus du seul choix discrétionnaire des CHRS. C'est donc une compétence contestée et de fait partagée entre SIAO et CHRS, un conflit qu'on observe à travers le travail d'inférence à l'œuvre au cours de commissions d'attribution. Par ce travail, les professionnels de l'hébergement en viennent à redéfinir les situations de pauvreté des sans-domicile en vue de leur attribuer, ou non, une place.

2. Les commissions d'attribution des places d'hébergement et le travail d'inférence

L'attribution des places d'hébergement résulte de décisions prises lors de commissions dites « *d'orientation* » ou « *d'actualisation de la liste d'attente* ». Celles-ci se tiennent à échéance régulière et distinguent la plupart du temps les places d'urgence, de stabilisation et d'insertion, même s'il arrive, lorsque l'état des places disponibles le rend nécessaire, que les commissions se confondent. Elles permettent d'attribuer des places à des demandeurs, si nécessaire en anticipant les disponibilités futures : les demandeurs sont orientés, c'est-à-dire

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

mis en attente sur des structures spécifiques dans l'attente qu'une place s'y libère. En dehors de ces commissions, il arrive également que la coordinatrice oriente seule des demandeurs, de manière plus ponctuelle néanmoins. L'objectif de ces commissions est de proposer des orientations résultant d'une discussion collégiale, afin de proposer les appariements les plus pertinents au regard des profils des demandeurs et du type des places. Elles ont lieu toutes les deux ou trois semaines (encadré 6.4) et donnent à voir les négociations qui mènent à des prises de décision collectives sur l'attribution des places.

Encadré 6.4 : le travail d'observation en commission.

Les commissions d'attribution des places d'hébergement ont fourni la principale porte d'entrée pour observer le travail du SIAO. Dans la continuité des précédents dispositifs investis, j'ai choisi de me focaliser sur les commissions pour personnes isolées. Au total, une trentaine de ces réunions ont été observées entre décembre 2014 et juillet 2016. La coordinatrice du SIAO « personnes isolées », qui a été ma principale interlocutrice dans le cadre de ce dispositif, avait initialement exprimé l'idée que c'était au cours de ces commissions que « *se matérialis[ai]ent les listes noires* ». Mais paradoxalement, tout en sachant ce que j'allais y chercher – ces listes noires –, je ne les ai d'abord pas trouvées. Il m'a fallu un certain temps pour comprendre ce qui se déroulait au cours de ces commissions, tout allant très vite, et certaines absences de décisions traduisant en fait des décisions comprises de tous – sauf de moi dans un premier temps. Ma présence répétée ainsi que le traditionnel tour de table de présentation des personnes présentes ont progressivement facilité mes observations et les discussions entre professionnels, ainsi qu'un intérêt pour ma démarche. Celle-ci n'était pas nécessairement toujours parfaitement comprise, ce dont témoignaient les « Salut *docteur* » ou « Quoi de neuf *docteur* ». Comme dans les autres terrains investis, j'ai néanmoins pu profiter d'un très bon accueil.

Le règlement interne du SIAO précise que « *l'ensemble des référents SIAO de chaque structure d'hébergement, des membres de l'équipe opérationnelle du SIAO et un représentant de l'État* » participent à ces réunions. Les « *référents SIAO* » des CHRS sont des chefs de service ou des travailleurs sociaux ayant plusieurs années d'expérience dans le secteur de l'exclusion, ce qui justifie qu'ils soient désignés comme les personnes représentant leur structure lors des commissions. Ils sont parfois accompagnés par des stagiaires ou de jeunes salariés, qui restent le plus souvent silencieux. « *L'équipe opérationnelle du SIAO* » est formée des accueils de jour, des maraudes du Samu social, du 115 et des salariés du SIAO. Chacun de ces dispositifs est représenté par un ou deux professionnels. Dans le cas du SIAO, la coordinatrice est systématiquement présente et anime la commission ; de même, la secrétaire est toujours présente et rédige les comptes-rendus de réunions. Enfin, le représentant de l'État est un membre de la Mission urgence sociale, hébergement et insertion (MUSHI) de la DDCS du Nord. Entre 15 et 30 personnes sont présentes, parfois plus lorsque la coordinatrice envoie un email de rappel soulignant l'importance de participer à ces commissions. Si certaines structures sont assidues, d'autres sont souvent absentes. Néanmoins, deux absences se remarquent particulièrement : sur une trentaine de réunions consacrées aux « personnes isolées », la DDCS n'a assisté qu'à deux d'entre elles. On le verra plus loin, cette absence a des effets sur la distribution des places d'hébergement – ou du moins, est interprétée comme telle

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

par les professionnels. La seconde absence remarquable est celle des demandeurs d'hébergement eux-mêmes, qui ne sont pas invités à participer. Leur demande ne s'incarne dès lors qu'à travers l'évaluation sociale enregistrée dans Kheops et les réinterprétations et discussions des professionnels présents. Cette absence contredit frontalement les principes de la loi 2002-2 visant à placer l'usager au cœur de l'accompagnement, et elle traduit bien la visée générale de la commission, qui consiste à déléguer le traitement d'un problème public – ici la pénurie des places d'hébergement – à des personnes spécifiquement mandatées pour le faire – donc de façon sinon discrétionnaire, du moins discrète – et supposées trouver une solution à ce problème qui se pose pourtant en dehors de la commission (Bourdieu 2012).

Au début des commissions, la coordinatrice distribue la liste travaillée : hommes ou femmes ; hébergement d'urgence, de stabilisation ou d'insertion. Puis elle reprend les noms de la liste, en partant du plus anciennement inscrit. Pour chaque nom a lieu une discussion qui permet de définir une « *situation* » (encadré 6.5). Le terme renvoie au processus de problématisation de la demande d'hébergement par lequel la personne qui la formule est réévaluée à partir des catégorisations et des évaluations déjà opérées en amont (Arnal, 2013).

Encadré 6.5 : notes de terrain, les commissions d'orientation.

Commission du jeudi 28 mai 2015

La commission d'aujourd'hui porte sur les places d'urgence. Plus précisément, il s'agit de travailler aux réorientations des personnes sur des places d'urgence et de stabilisation vers l'insertion. La réunion commence par un tour de table, tout le monde se présente (nom, statut, structure). Puis la coordinatrice annonce l'ordre du jour : « *situations* », « *point SIAO* », « *Kheops* », « *planning* ». Le premier point portera sur les demandes d'hébergement, tandis que les trois points suivants seront des points d'informations portant sur une « *mise à plat* » du fonctionnement du SIAO, de ce qui marche et de ce qui ne marche pas ; puis sur le fonctionnement du logiciel et des éventuels problèmes rencontrés par les structures d'accueil ; enfin sur les commissions à venir. Une fois la liste distribuée, la coordinatrice reprend, dans l'ordre d'ancienneté, les demandes :

« N… » : une réorientation serait en cours vers une structure roubaisienne, mais celle-ci n'a pas abouti, d'où la nécessité de discuter sa situation. Une travailleuse sociale, référente de l'homme, prend la parole : « *Monsieur a 22 ans, il est hébergé depuis un an chez nous. Il a fait de gros progrès comportementaux : avant il s'énervait très facilement quand il était contrarié et devenait violent. Il s'est calmé depuis. Bon, l'accompagnement reste difficile à cause de son casier judiciaire* (la plupart des présents acquiescent, semblent savoir de quoi il s'agit) ». Un éduc : « *il a fait quoi ?* » ; « *Bah il a des dizaines d'infractions, et puis il a eu pas mal de sanctions chez nous* ». D'où la demande de réorientation. La coordinatrice du SIAO demande « *quel type de réorientation demande-t-il ? C'est pour du diffus ? Il faut mettre quoi comme accompagnement ? S'il est autonome, du diffus ce serait peut-être bien* ». L'éduc rebondit : « *après, pour moi il y a pas d'urgence. Mes responsables pensent qu'il faut le réorienter, mais je ne sais pas si c'est la bonne solution* ». Ces derniers propos laissent penser qu'une réorientation n'est pas nécessairement la solution adéquate. Un autre éduc propose d'orienter la personne vers le logement social puisque « *de toute façon, c'est 4 ou 5 ans d'attente* », ce qui pourrait permettre de « *travailler l'autonomie d'ici là* ». La coordinatrice acquiesce, mais rappelle qu'il lui faudra des ressources stables pour accéder au logement, et suggère donc de proposer une affiliation à la « *garantie jeunes* », qui donnerait à N… une ressource (il n'est pas éligible au RSA étant donné son âge), l'inscrirait dans un parcours d'insertion et lui permettrait de « *travailler son autonomie* ». La discussion s'arrête ici. La coordinatrice me confirmera à l'issue de la réunion que c'est cette dernière option qui est retenue, ainsi que la demande de logement social.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Monsieur O. : c'est la coordinatrice du SIAO qui prend la parole. « Monsieur doit sortir de l'appartement qu'il a avec Un chez-soi d'abord le 15 juin. Il faut qu'on travaille sa sortie pour lui trouver quelque chose. Un retour à la rue serait problématique. Il a dévasté son logement, et c'est le bordel avec les voisins… bon, pour rappel Monsieur a une déficience mentale, et il a souvent des interactions violentes ». Les éducs échangent, l'un d'eux se rappelle qu'un séjour en communauté Emmaüs « avait bien marché, quand Monsieur ne s'alcoolisait pas ». Pour un maraudeur du Samu social, il faut éviter à tout prix les milieux urbains, là où on trouve « beaucoup de zonards », qui sont « peu propices pour Monsieur ». La situation est d'autant plus complexe que Monsieur « est sur deux listes de suspendus ». Un silence se fait, l'impasse parait flagrante. La coordinatrice annonce finalement qu'elle contactera Un chez-soi d'abord pour obtenir davantage d'informations.

Au cours des commissions, les échanges entre professionnels permettent de redéfinir et de préciser, à partir d'une évaluation collective et de la confrontation d'expertises potentiellement contradictoires, les situations de demande d'hébergement. Ce processus traduit l'idée, largement partagée, que « *toutes les situations sont uniques* » et qu'il convient donc de spécifier chacune d'elles. Les situations sont d'abord définies à partir d'informations objectivables telles que l'âge, la nationalité, la situation administrative ou les ressources dont dispose la personne. S'ensuivent des informations sur sa personnalité, sa conduite, son « *passif institutionnel* » ou judiciaire, sa capacité à « *accrocher à l'accompagnement* », à « *adhérer aux soins* », à « *formuler une demande* », à se réinsérer (encadré 6.6). De fait, ce sont ces éléments qui portent le plus à discussion et déterminent l'accès à l'hébergement :

Encadré 6.6 : notes de terrain, les commissions d'orientation.

Commission du 28 mai 2015 – réorientation de l'urgence/stabilisation vers l'insertion.

Monsieur M. : Un travailleur social : « *il n'est plus à sa place en hébergement d'urgence. Il commence vraiment à adhérer à son projet, il veut s'en sortir. C'est lui qui a dit qu'il voulait être réorienté vers l'insertion* ». Ce projet est détaillé : il concerne les soins et la réduction des consommations de psychotropes. Cet usager parait bien connu des professionnels présents, et l'un d'eux souligne l'existence d'un « *problème de mobilité* » ; le premier travailleur social répond que ce problème est restreint et que « *Monsieur a une vraie volonté d'autonomie* ». Personne ne rebondit. La coordinatrice abonde : « *dans ce cas, un passage en CHRS pourrait permettre d'évaluer l'autonomie. Une place doit être bientôt libérée à l'Armée du Salut, ça pourrait être une solution ?* ». S'ensuivent des blagues, concernant la volonté de réduction des consommations de ce Monsieur : « *la Fondation [Armée du Salut] c'est quand même une plaque tournante, s'il avait une voiture il pourrait acheter sa dose au drive* » ; « *c'est sûr que c'est bien situé, il n'aura qu'à tendre la main* » ; « *il aura tout sur place, du vendeur à la salle de shoot* ». Une fois les rires calmés, l'Armée du Salut est retenue pour l'orientation, avec une recommandation de suivi régulier avec l'infirmière en addictologie qui y propose des permanences.

***

Commission du 17 mars 2016 :

Monsieur Mc. : actuellement hébergé à l'Armée du Salut, il est « *super connu de tout le monde* ». La cheffe de service de l'Armée du Salut a demandé une réorientation : « *chez nous, il agresse tous les jours les salariés. On l'a prévenu plusieurs fois, maintenant il continue, on ne peut plus rien faire. Il est dans le déni total de ses consos, tout le monde est au courant et il se cache pour consommer. On lui a proposé de rencontrer l'infirmière, il veut pas. Donc pour nous maintenant c'est terminé* ». D'où la demande de réorientation qui parait difficile… La coordinatrice du SIAO tente d'équilibrer la balance : « *il a une grosse ancienneté, plus de 4 ans. Lui il veut aller à l'Abej, et d'ailleurs il a la priorité, mais il s'est fait passer devant plusieurs fois* ». Des questions sont posées sur sa capacité à se soigner, à vivre en autonomie. Finalement, la coordinatrice demande : « *à Halluin, vous pourriez l'accueillir* ». La coordinatrice du

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dispositif parait surprise de cette interpellation directe, et bafouille « *bah si Monsieur s'engage à adhérer à l'accompagnement, oui, c'est envisageable* ».

Monsieur Ma. : un éduc dit : « il fait des aller-retours entre l'hébergement et le logement, on comprend pas ce qu'il veut ». Quelqu'un remarque : « il suscite des inquiétudes à propos du logement. On peut pas être sûr qu'il soit prêt, même s'il présente bien ». Un autre : « oui, mais il est intolérant à la frustration, et il est dans la manipulation ». Pas de relance suite à ça, pas d'attribution de place.

On le voit, les échanges adoptent facilement un ton psychologisant (Serre 2009) : l'évaluation du degré d'autonomie, la gestion des tentations liées aux psychotropes, la preuve d'une écoute des conseils ou d'une intériorisation des sanctions, en somme la capacité à s'adapter au fonctionnement des structures d'hébergement et aux pratiques des professionnels, témoignent d'une individualisation du traitement de la pauvreté et de l'accompagnement des pauvres, rendus responsables de leur incapacité à s'en sortir (Duvoux 2009). À l'inverse, dans le cadre des procédures d'attribution des places, le rôle propre des structures d'accompagnement dans leur capacité à s'adapter aux situations des demandeurs est, lui, rarement remis en question. Les discussions qui ont cours lors des commissions d'attribution sont au cœur d'un travail d'i*nférence* qui mène à l'attribution, ou non, des places d'hébergement. Dans la théorie du système des professions d'Abbott, l'inférence désigne des opérations de réflexion des professionnels d'un secteur donné, qui cherchent à appliquer des connaissances théoriques et générales à des cas particuliers, travail qui permet d'associer à un *diagnostic* – par lequel une situation, ici celle d'un sans-domicile, est évaluée et définie – un *traitement* – par lequel une solution, ici un mode d'hébergement jugé adéquat, est proposée. Pour Abbott, le recours à l'inférence est étroitement lié au degré d'incertitude contextuelle et à la possibilité de proposer des solutions alternatives au problème identifié en cas d'échec. Ici, la pénurie des places d'hébergement est synonyme d'un nombre limité de traitements disponibles au regard du nombre de diagnostics : l'incertitude est forte et a des conséquences importantes, puisque les personnes qui se voient refuser un hébergement sont contraintes de rester en rue.

Au final, les commissions d'orientation témoignent du caractère relativement contingent des listes d'attente : celles-ci ne désignent pas tant l'ordre d'attribution des places d'hébergement que l'ordre de discussion des situations individuelles des demandeurs. L'ancienneté professionnelle des personnes présentes, les nombreux liens interpersonnels et institutionnels qui existent entre les dispositifs d'accueil et d'hébergement ainsi que la circulation des demandeurs d'hébergement au sein des différents dispositifs – qui témoignent du faible nombre de « sorties par le haut[157] » – expliquent que la plupart des situations évoquées sont connues, plus ou moins précisément, par les professionnels présents. Chacun peut apporter à la discussion un élément d'information, un témoignage plus ou moins récent à propos de la personne évoquée, qui permettent de construire et d'évaluer la situation d'un demandeur à

[157] Celles-ci désignent les sorties du dispositif AHI vers le logement accompagné, autonome, ou vers l'emploi.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'aune de sa demande et des éventuelles places disponibles. En dépit du principe d'inconditionnalité, il est entendu que c'est aux demandeurs de s'adapter aux exigences des CHRS. La sélection active des demandeurs, ainsi réactivée, ne se limite pas à l'application de la liste d'attente, et de nombreux refus d'hébergement s'observent en commission.

3. Comment les refus d'accueillir sont-ils (encore) possibles ?

Les injonctions contradictoires qui traversent la régulation, si elles sont propices au conflit entre segments professionnels, ne suffisent pas à expliquer la fréquence des refus observés en commission. On pourrait imaginer des refus à la marge, ponctuels, sur des cas paradigmatiques. Or il n'en est rien. À la fin de l'année 2015, la coordinatrice aborde de front cette question en soulignant son ampleur. Lors d'une présentation statistique[158], elle rapporte qu'entre le 1er janvier 2015 et le 6 janvier 2016, sur 1 527 propositions d'orientations réalisées par le SIAO, 1 077 (71 %) n'ont pas abouti. Parmi elles, 205 (19 %) ont été refusées par le demandeur, 398 (37 %) sont des « *pertes de contact* », quand 474 (44 %) ont été refusées par les CHRS : la sélection des demandeurs n'est pas marginale, mais bien ancrée dans les pratiques et les représentations professionnelles. De fait, en commission, ces refus se matérialisent rarement comme tels. Ils s'incarnent plutôt dans des silences, des omissions ou des attitudes passives dans le cadre de l'interaction avec la coordinatrice. Au cours d'une de ces commissions (le 28 mai 2015), je note ainsi qu'à chaque fois qu'il y a une absence de relance ou de réponse lors des questions de la coordinatrice, c'est une nouvelle situation qui est abordée ; tacitement, cela correspond en fait à un refus. On l'a vu plus haut, le SIAO n'a pas autorité sur les CHRS, ce qui joue un rôle crucial dans la possibilité de négociations entre professionnels et des refus d'admission en hébergement. Mais il parait pertinent d'élargir la réflexion. Si le SIAO n'a pas autorité, l'État, en tant que détenteur légitime du monopole la coercition et de la violence symbolique légitime (Weber 2003 ; Bourdieu 1977, 2012), pourrait faire appliquer unilatéralement une inconditionnalité « *faible* », c'est-à-dire, ici, la non-discrimination des candidats à l'hébergement sur un autre critère que celui de l'ancienneté de leur demande. C'est ce que laisse entendre la coordinatrice dans l'extrait suivant :

> **En cas de refus [d'accueillir], il faut que ce refus soit motivé ?**
>
> Par écrit.
>
> **Auprès de la DDCS ?**
>
> Non, aujourd'hui, c'est uniquement auprès du SIAO.
>
> **Ça va changer ?**

[158] Réalisée en commission le 3 décembre 2015. Les chiffres mobilisés ici sont ceux du compte-rendu de la réunion, envoyé aux participants le 11 janvier 2016 et mis à jour.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Si la DDCS le souhaite. Je sais qu'il y a des territoires où c'est systématique, le refus est motivé systématiquement à la DDCS.
>
> **Ce qui fait une marge de manœuvre plus faible pour les structures…**
>
> Et ce qui fait baisser le taux de refus surtout (rires).
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Ce que j'envisage au moment de l'entretien comme une « *marge de manœuvre* » de la part des structures d'accueil est interprété en termes de nombre de refus par la coordinatrice. Pour celle-ci, devoir justifier d'un refus d'accueillir auprès de la DDCS serait susceptible de faire diminuer ce nombre, les CHRS pouvant craindre une éventuelle sanction que le SIAO n'est pas en mesure de mettre en œuvre, contrairement à l'État. L'extrait suivant confirme cette idée :

> Le SIAO, sur le papier et même dans la pratique, c'est une très bonne institution. Maintenant… maintenant, on manque de places d'hébergement, donc ils peuvent pas faire de miracles. Et puis en plus, il y a tellement de mauvaise foi de la part de certaines assos qui jouent pas le jeu [de l'inconditionnalité] que c'est pareil, à un moment donné, à moins qu'ils aient des pouvoirs d'obligation, je vois pas comment ils peuvent faire mieux que ce qu'ils font aujourd'hui. Moi, j'ai assisté à des commissions où personne se positionne, et personne n'est obligé de se positionner. [La coordinatrice], elle bataille pour rien, c'est hallucinant. Ils ont pas de pouvoir. Et puis, en plus je pense que si quelqu'un doit forcer un établissement à prendre une personne, pour moi c'est pas au SIAO de le faire : c'est à la DDCS de se positionner. À un moment donné, le SIAO devrait dire "bah pour ce monsieur, personne ne s'est positionné, personne ne souhaite l'accueillir" et là… tu vois c'est comme quand une banque refuse à un mec d'ouvrir un compte : c'est la Banque de France qui désigne. Eh bah pareil : ils [les CHRS] auraient pas le choix, hop.
>
> Valérie, éducatrice spécialisée, CHRS1, 30 ans

Cet extrait est révélateur des apories de la régulation du système d'hébergement dans l'application du principe d'inconditionnalité. L'hésitation de cette éducatrice spécialisée à propos du titulaire légitime de l'autorité traduit bien la principale condition d'expression du conflit qui se joue autour de la régulation, à savoir l'absence d'une telle autorité, susceptible de faire appliquer des normes contraignantes dans la prise en charge (Bourdieu 1990). Cette absence est double : dans le cas du SIAO, elle est liée à son incapacité à se voir reconnaitre pleinement légitime pour réguler le système d'hébergement. Contre la légitimité juridique dont est doté le SIAO, les professionnels des CHRS font valoir une légitimité empiriquement fondée sur leur situation « en première ligne » de l'accueil des demandeurs : pour eux, le SIAO n'est pas fondé à leur imposer d'accueillir des personnes dont il n'a qu'une connaissance désincarnée. Dans le cas de la DDCS, l'absence d'autorité est une absence physique, matérielle : si elle détient effectivement le monopole légitime de la coercition (Weber 1921), elle ne peut en user. Mais cette autorité n'est pas clairement souhaitée par la coordinatrice elle-même, qui témoigne d'une certaine ambiguïté vis-à-vis de la puissance publique :

> **C'est quoi l'enjeu de la présence de la DDCS en commission ? Est-ce que c'est positif pour toi, pour les structures, pour les personnes accompagnées ?**

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> C'est positif et négatif. La sincérité, l'honnêteté qu'on essaie d'avoir en commission, sur les situations ou sur tout autre chose, elle risque de disparaitre. Parce qu'on le voit, il y a beaucoup moins… bah déjà, on est dans une bonne ambiance dans les commissions, sauf quand je râle (rires), sinon c'est quand même bon enfant. Et c'est ce qui fait aussi que ça marche bien et qu'on se fait confiance. Et là, on va avoir… ça va être beaucoup plus sérieux, ça risque d'être compliqué. Et d'un autre côté, pour le respect de certains droits des usagers, ce qui est quand même incroyable, c'est que c'est la DDCS qui va l'assurer ce respect. (Silence) Bah oui. C'est ça qui est incroyable en fait. C'est ce qu'on disait hier avec mon directeur : c'est la DDCS qui est en train de faire des rappels sur les droits des usagers. C'est le monde à l'envers, ça a toujours été le réseau AHI qui défendait les droits des usagers devant la DDCS… et là les hébergements reçoivent des courriers de la part de la DDCS clairement sur le non-respect des droits des usagers.
>
> **Parce qu'elles jouent pas le jeu ?**
>
> Ouai, parce qu'elles jouent pas le jeu, parce qu'il y a des choses où ils sont pas au courant, et puis ça arrive jusqu'aux oreilles de la DDCS, et puis là ils font des bonds quoi. Ils font des bonds, après quand ils y ont aussi leurs intérêts.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

En somme, le conflit autour de la régulation du système d'hébergement, observé ici sur le lieu de travail, implique l'État. Son absence rend possibles les refus d'admission, qui témoignent de la réactivation des logiques de distinction des situations individuelles de dénuement et de la dichotomie entre bons et mauvais pauvres.

III. Séparer le bon grain de l'ivraie

Le travail d'inférence déployé par les professionnels de l'hébergement au cours des commissions d'orientation des demandeurs met en lumière l'élaboration et la mobilisation de critères de classements des demandes des sans-domicile. Officiellement, l'enjeu de la définition des situations est d'aboutir à une proposition la plus adéquate possible pour la personne en demande d'hébergement. Mais dans la mesure où les places manquent, ces informations sont autant de caractéristiques de distinction[159] des sans-domicile qui amènent à re-hiérarchiser les demandes d'hébergement. De sorte que les négociations observées en commission peuvent finalement presque toujours être rapportées à la définition du public que les CHRS sont, ou non, supposés accueillir (1). Les critères mobilisés par les professionnels en commission traduisent ainsi des conceptions de justice sociale concurrentielles et ils contribuent à réactiver la distinction entre bons et mauvais pauvres, méritants et imméritants. À l'opposé des figures

[159] La distinction est entendue ici dans le sens que lui donne Pierre Bourdieu (1979). En explicitant ce que le terme recouvre, Bourdieu précise : « le titre même de l'ouvrage est là pour rappeler que ce que l'on appelle communément distinction, c'est-à-dire une certaine qualité, le plus souvent considérée comme innée (on parle de « distinction naturelle »), du maintien et des manières, n'est en fait que différence, écart, trait distinctif, bref, propriété relationnelle qui n'existe que dans et par la relation avec d'autres propriétés » (Bourdieu 1994, p. 20, l'auteur souligne). La différence avec son modèle tient notamment à ce que les caractéristiques ici envisagées comme des traits distinctifs sont des constructions produites par les interprétations des professionnels, assignées aux demandeurs d'hébergement, et non des conduites appropriées par les acteurs.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

repoussoirs de l'étranger, du toxicomane ou du fou, des situations font l'objet d'un traitement préférentiel : le mauvais état de santé de certains demandeurs justifie ainsi qu'on les « *priorise* » dans les listes d'attente (2).

1. Redéfinir les problématiques à (ne pas) traiter

En liant les conditions de possibilité des refus d'hébergement au travail d'inférence des commissions, des comportements et des populations en viennent à être définis comme complexes, problématiques, indésirables dans le cadre de l'accompagnement. Au cours de ces commissions, l'inadéquation entre demandeurs et places disponibles est très nettement envisagée comme une inadaptation des premiers aux secondes. Les justifications apportées aux refus d'accueillir permettent d'illustrer plus précisément les ressorts de la sélection des demandeurs (encadré 6.7).

Encadré 6.7 : notes de terrain, les commissions d'orientation (chiffres disponibles grâce au compte-rendu de la commission, envoyé le 11 janvier 2016)

Commission du 3 décembre 2015 - chiffres mis à jour grâce au compte-rendu de la commission, envoyé le 11 janvier 2016.

Pour la deuxième partie de la commission, la coordinatrice propose un « focus sur les refus ». Elle précise qu'il s'agit de la première année d'utilisation du logiciel (mis en place en 2010) où un tel retour est possible.

Type de refus/motif de la réponse négative	Nombre	Part relative
Total	472	100 %
Refus de la structure	6	1,3 %
Appartements thérapeutiques	26	5,5 %
Personne ayant encore besoin de soins médicaux	32	6,8 %
Statut administratif de la personne	199	42,2 %
Public relevant d'un autre dispositif	50	10,6 %
Saturation de l'équipe vis-à-vis de l'usager	72	15,3 %
Équilibre de la structure à préserver	58	12,3 %
Incompatibilité avec la spécificité du projet de l'usager	6	1,3 %
Problème de mobilité	11	2,3 %
Établissement pour personnes âgées	11	2,3 %
Foyer d'hébergement pour handicapés	1	0,2 %

Ayant présenté ces chiffres, la coordinatrice les analyse rapidement. Elle souligne les 4 motifs de refus les plus fréquemment donnés par les structures :

- Le statut administratif (199, 42,2 %) : de façon quasi systématique, ce motif concerne des personnes étrangères en situation régulière ou non, relevant de la prise en charge asilaire.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

- La saturation de l'équipe vis-à-vis de l'usager (72, 15,3 %) : il s'agit du passif institutionnel du demandeur, qui peut renvoyer à des violences, des infractions au règlement, plus largement des comportements déviants et problématiques dans l'accompagnement.
- L'équilibre de la structure à préserver (58, 12,3 %) : ce motif, large et vague, désigne des quotas implicites et très subjectifs de populations identifiées pour une raison ou pour une autre comme problématiques. Ce sont notamment les usagers de drogues, les personnes atteintes de troubles psychiatriques, les « anciens » et les « grands marginaux » dont la présence nombreuse complexifie l'accompagnement ; ou encore les personnes sans ressources et notamment les étrangers en situation irrégulière qui, si elles sont trop nombreuses, mettraient en péril la pérennité financière de la structure.
- Public relevant d'un autre dispositif (50, 10,6 %) : par exemple les demandeurs d'asile, mais aussi les personnes atteintes de pathologies lourdes, les personnes en situation de handicap, les personnes très âgées…

Ces motifs créent, autant qu'ils circonscrivent, un champ des possibles : en étant intégrés au fonctionnement du logiciel, ils témoignent de la possibilité pour les CHRS de refuser des demandeurs ; mais ils constituent des choix fermés pour ces derniers, qui doivent sélectionner le motif supposé correspondre le mieux à la justification qu'ils souhaitent apporter. Or les motifs existants se croisent très largement voire, pour certains, désignent la même chose. La situation d'une même personne peut alors correspondre et correspond de fait bien souvent à plusieurs de ces motifs, alors que les CHRS ne doivent sélectionner qu'un seul choix. Par exemple, un demandeur d'asile pourrait se voir opposer un refus justifiable par les motifs « Statut administratif de la personne », « Public relevant d'un autre dispositif », ou « Équilibre de la structure à préserver » voire « Refus de la structure[160] » ; de même, un usager de drogue ou un demandeur présentant des troubles psy pourrait être refusé pour les motifs « Appartements thérapeutiques », « Personne ayant encore besoin de soins médicaux », « Public relevant d'un autre dispositif », « Saturation de l'équipe vis-à-vis de l'usager », ou « Équilibre de la structure à préserver », voire « Refus de la structure ». En somme, certains de ces motifs sont étroitement corrélés, ils ne sont pas exclusifs, et il est donc complexe de tirer des conclusions à propos de ce dont la répartition chiffrée des refus est supposée témoigner. On peut, en revanche, analyser qualitativement et expliciter certains motifs à partir des échanges observés tout au long de l'observation des commissions. Le tableau 6.1 résume ces explicitations, et propose de regrouper les motifs de refus selon les critères d'inadaptation du demandeur au CHRS ou à l'inverse, du CHRS au demandeur.

[160] Cet item relevant plus de la tautologie que du motif, il pourrait s'appliquer à l'ensemble des refus.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tableau 6.1 : explicitation des items du logiciel Kheops « motif du refus ».

Motif de la réponse négative	Explicitation
Refus de la structure	Absence de justification
Appartements thérapeutiques	La personne est autonome mais nécessite un accompagnement médical non réalisable en CHRS
Personne ayant encore besoin de soins médicaux	La personne n'est pas autonome et nécessite un accompagnement médical non réalisable en CHRS
Statut administratif de la personne	La personne relève d'un dispositif autre qu'un CHRS du fait de son statut administratif
Public relevant d'un autre dispositif	La personne relève d'un dispositif autre qu'un CHRS
Saturation de l'équipe vis-à-vis de l'usager	L'équipe du CHRS a déjà accompagné la personne sans succès, et refuse de recommencer
Équilibre de la structure à préserver	Le CHRS accueille déjà un nombre important de personnes présentant une problématique similaire
Incompatibilité avec la spécificité du projet de l'usager	Le CHRS n'est pas une solution adéquate pour la personne par rapport à ce qu'elle recherche
Problème de mobilité	Le CHRS n'est pas équipé pour les personnes à mobilité réduite
Établissement pour personnes âgées	La personne relève du secteur de la prise en charge de la dépendance et de ses dispositifs
Foyer d'hébergement pour handicapés	La personne relève du secteur de la prise en charge du handicap et de ses dispositifs

En explicitant les motifs de refus, on voit que ces derniers reposent sur l'idée d'une inadéquation plus ou moins réciproque entre offre et demandeurs d'hébergement. Les commissions d'attribution cherchent à la résoudre en s'appuyant sur des commissions thématiques proposant un retour réflexif sur les pratiques en vigueur au sein des CHRS et visant à les unifier dans le sens du respect de la norme d'inconditionnalité (voir chapitre 7). Au final, au cours des commissions, cinq catégories de population font plus particulièrement l'objet de refus d'hébergement de la part des professionnels des CHRS : les personnes atteintes de troubles psychiatriques ; les usagers de psychotropes ; les auteurs de violences ; les « *habitués* » ou les « *vedettes* » ; et les personnes en « *situation administrative précaire* ». Différents motifs expliquent ces refus d'hébergement :

> En tous cas depuis que je suis sur la coordination SIAO et que j'ai vu en effet que les troubles addictos c'était un frein pour l'hébergement, ça m'a toujours questionné parce que en fait, c'est très difficile de faire dire aux travailleurs sociaux qu'ils ont des représentations sociales, même si voilà, ils sont comme tout le monde, ils en ont. Mais ça m'a toujours halluciné, parce que la plus grande des représentations sociales pour moi sur les sans-abri c'est « *ouai ouai, c'est un clodo, il picole quoi* », ou il se drogue. Et donc ça m'a toujours halluciné que ce soit un frein parce que pour moi c'est comme si… dans la représentation sociale la plus grande, l'un n'allait pas sans l'autre quoi.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Mais aujourd'hui, on va dire que sur l'alcool, y'a beaucoup les règlements qui jouent, parce que bah voilà, demander à la personne qu'elle pose sa bouteille à l'entrée de l'hébergement ça parait compliqué lorsque la personne en a besoin.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Dans cet extrait, la coordinatrice souligne que les professionnels du travail social sont, au même titre que les autres agents sociaux, porteurs de représentations qui déterminent leurs pratiques (Bourdieu 1980b). Dans le cas des addictions, le stigmate associé aux usages joue comme un facteur discriminant (Goffman 1963 ; Becker 1963). Les situations évoquées en commission sont fréquemment débattues et témoignent d'interrogations sur le sens que donnent les travailleurs sociaux au travail d'accompagnement. Ces débats portent bien souvent sur la capacité et la légitimité des professionnels des CHRS à accompagner ces personnes, et plus précisément à apporter une réponse adéquate à leurs problèmes. Plus largement, ils amènent à poser la question des publics que sont supposés accueillir les CHRS. On peut résumer ces débats, à grands traits, de la manière suivante : les CHRS sont-ils supposés accueillir les personnes ayant des troubles psychiatriques ? Faut-il héberger des personnes qui s'alcoolisent massivement et régulièrement, voire qui consomment des produits illicites, et si oui, peut-on tolérer ces usages au sein des CHRS ? Les auteurs de violences, *a fortiori* lorsqu'elles sont sexuelles, de genre, sur des enfants ou sur des professionnels de l'accompagnement, peuvent-ils et doivent-ils être hébergés au même titre que d'autres personnes ? Faut-il héberger les personnes en situation irrégulière alors qu'elles relèvent d'autres dispositifs, qu'elles sont insolvables et que leur prise en charge administrative est très longue ? Une personne de retour à la rue après une période d'hébergement doit-elle conserver son ancienneté, notamment si elle a été exclue ? Ces débats, ici très résumés, traversent l'ensemble du secteur de l'exclusion et ont été observés dans tous les dispositifs investis.

De ces débats résulte une réactivation de la dichotomie entre bon et mauvais pauvre, selon de nouveaux critères de différenciation des situations individuelles. Si l'on peut douter qu'elle ait réellement été supprimée, l'affirmation juridique de l'inconditionnalité supposait sa suspension, ou son euphémisation (Gardella 2014b). Dans un contexte de pénurie néanmoins, elle n'est pas respectée ni même réalisable dans sa version forte. Selon une interprétation faible, elle devient alors synonyme d'absence de discrimination des candidats sur des critères autres que l'ancienneté de leur demande, brandie comme garante de l'équité par le SIAO qui cherche à la rendre effective. Mais même selon cette interprétation, elle est largement contournée par la sélection des demandeurs identifiés comme les moins capables de mettre en œuvre les parcours d'insertion portés par les CHRS et de s'adapter aux normes qu'ils déploient. Il faut néanmoins préciser que, de même que l'attribution des places d'hébergement n'est pas une application mécanique des listes d'attente, les refus d'accueillir des personnes correspondant aux figures repoussoirs précédemment identifiées ne sont pas systématiques : ici aussi, le travail

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'inférence, de discussion et de négociation entre des acteurs faisant valoir des critères concurrents, est déterminant. Les refus n'en restent pas moins nombreux, et pour y remédier, les acteurs de l'hébergement réfléchissent collectivement aux bonnes manières de résoudre ce problème (encadré 6.8).

Encadré 6.8 : notes de terrain, les commissions d'orientation.

Suite de la commission du 3 décembre – focus sur les refus.

[…]

Après la présentation de ces chiffres des refus, un échange a lieu avec les représentants des CHRS présents : la coordinatrice précise qu'en théorie, « *les refus doivent être motivés et à la marge. Force est de constater qu'ils sont courants* ». La coordinatrice énonce 4 interrogations qui découlent de ces observations :

- L'adaptation de l'offre d'hébergement à la demande : et pas l'inverse. Le SIAO s'inscrit ici dans l'optique d'un travail réflexif sur les pratiques ayant cours dans le secteur.

- Le « droit au recommencement » pour des usagers coupables d'infractions aux règlements.

- L'accueil de publics considérés spécifiques (toxicomanes, handicapés, demandeurs d'asile)

- Les moyens humains et matériels à disposition.

Les CHRS sont invités à répondre. La plupart des réactions rappellent que les pertes de contact représentent 37 % des échecs d'admissions (contre 44 % pour les refus des structures) et qu'il n'en a pas été question dans la présentation de la coordinatrice. Ils soulignent aussi que certaines orientations proposées sont inadaptées. La coordinatrice reçoit la critique, mais rappelle que de nombreuses orientations « *sont décidées collectivement en commission* » et sont le fruit des échanges qu'y s'y tiennent. La principale critique des CHRS tient surtout au fait que les personnes ayant été hébergées gardent leur ancienneté initiale, ce qui leur donne un avantage sur d'autres personnes plus récemment à la rue et potentiellement plus faciles à accompagner. Ce dernier point suscite l'intérêt de la coordinatrice, qui souligne qu'une réflexion est déjà en court à ce sujet. Au cours de l'entretien elle, réalisé en avril 2016, soit quelques mois après cette commission, celle-ci précisera l'enjeu des négociations autour de l'ancienneté :

> Dans l'ancien règlement, personne ne perd son ancienneté. Donc qu'importe si tu as accès à un hébergement et que tu as été exclu pour des raisons de violences extrêmes, ce genre de choses, à partir du moment où la personne rappelle le 115, on réinscrit sa demande, c'est une manipulation informatique, et cette personne réapparait automatiquement dans la liste d'attente. Demain, quand on aura le nouveau règlement…
>
> **Excuse-moi, elle réapparait au niveau de son ancienneté totale ?**
>
> Ouai, en fonction de son ancienneté. C'est ça en fait il y a une date… chaque personne… si aujourd'hui une personne m'appelle et me demande une inscription SIAO, elle sera donc inscrite le 8 avril 2016, ce sera tout le temps sa date de référence, dans l'ancien règlement. Donc on reprendra toujours cette date, quand on en aura besoin. Demain, on a demandé, et là ça vient de l'équipe opérationnelle du SIAO, donc c'est les travailleurs de terrain qui l'ont demandé, on a demandé une réécriture du règlement pour reconsidérer cette reprise d'ancienneté à tout prix. Ça faisait partie de nos points estimant parfois des situations assez injustes, parce qu'on a des personnes qui peuvent

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

repartir dans leur pays pendant 2 ans, on ne sait pas du tout ce qu'il s'est passé, peut-être qu'ils étaient dehors dans leur pays, mais peut-être pas aussi… et lorsqu'ils reviennent, ils repassent devant tout le monde dès le premier jour de leur retour. Donc voilà, c'est sur ces critères que l'on s'est dit qu'il y avait quelque chose d'assez injuste […].

OK, et donc du coup, là avec ce nouveau règlement, les personnes vont… elles vont perdre leur ancienneté à partir du moment où il y a une ou deux exclusions…

Oui, on a établi différents critères. On a établi des critères sur les refus, mais les refus de la personne, pas des hébergements. Donc au bout de trois refus, donc… concrètement c'est au bout de deux ! Mais au bout de trois refus à une place adaptée à sa situation, la personne perd son ancienneté ; au bout de trois exclusions, la personne perd aussi son ancienneté…

Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Plus stricte pour les hébergés, et en particulier pour les personnes les plus anciennement à la rue, la modification du règlement apparait favorable aux CHRS, en même temps qu'elle s'inscrit dans une volonté de limiter leurs refus d'hébergement. En cela, elle résulte d'un compromis par lequel la compétence de régulation en vient à être partagée par les différents segments du groupe des travailleurs sociaux. On peut pourtant s'interroger sur les effets, en termes de respect de l'inconditionnalité de l'accueil, de ce nouveau règlement. Tout en limitant les refus d'hébergement, il entérine un nouveau cantonnement de l'inconditionnalité (Gardella 2014b), en limitant les possibilités, pour les demandeurs, de refuser un hébergement et en intégrant formellement leurs comportements passés à la hiérarchisation des demandes. Si le SIAO contribue à homogénéiser les pratiques et à diffuser le principe d'inconditionnalité de l'accueil, c'est au prix de compromis avec les pratiques qui prévalaient préalablement à sa mise en œuvre. L'ordre de la régulation est ainsi un ordre négocié (Strauss 1992), dans la mesure où il n'est pas fixe ni rigide, mais fait l'objet de négociations voire de modifications dans son fonctionnement. En résulte l'identification de catégories de populations et de comportements susceptibles de poser problème dans l'accompagnement. De la sorte, les acteurs de l'hébergement réactivent plus qu'ils ne créent des figures déviantes de la pauvreté, dont l'étranger, le vagabond et le fou ont incarné des figures archétypiques (Foucault 1975 ; Simmel 1990 ; Castel 1995 ; Wahnich 1996).

2. Pauvre ou malade ? La pluridisciplinarité à l'œuvre

À l'opposé des figures repoussoirs de l'étranger, du toxicomane ou du fou, des situations font l'objet d'un traitement préférentiel : le mauvais état de santé de certains demandeurs justifie ainsi qu'on les priorise dans les listes d'attente. Autrement dit, dans le cadre de la régulation de l'accès au système d'hébergement, l'état de santé des demandeurs joue sur les négociations autour de l'attribution des places. Deux temps doivent être distingués : dans un premier temps, un diagnostic médical est formulé par un professionnel de santé qui identifie un

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

état pathologique requérant un traitement spécifique (Parsons 1955). Avec les sans-domicile, ce traitement est problématique dans la mesure où il est contraint par divers phénomènes (Parizot 2003 ; Gardella, Laporte, et Le Méner 2008 ; Benoist 2010) : non-recours, faible priorité de la santé dans les besoins, absence de cadre propice aux soins… Des dispositifs spécialisés sont supposés permettre la prise en charge médicale et le contournement de ces obstacles : permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS), centres de santé, lits halte-soins-santé (LHSS)… Comme on l'a déjà évoqué dans les précédents chapitres, ces dispositifs sont étroitement articulés entre eux, mais aussi, pour certains, avec les dispositifs « sociaux » d'accueil et d'hébergement (Benoist, 2008). Ainsi lorsque les places médicalisées manquent, les structures d'hébergement peuvent fournir une solution alternative pour mettre à l'abri des personnes identifiées comme très vulnérables du fait de leur état de santé.

Dans un second temps, le diagnostic médical s'inscrit dans le travail d'inférence des commissions : l'existence avérée d'une pathologie ou d'une vulnérabilité peut jouer, le plus souvent favorablement, dans l'accès à l'hébergement. De même que les professionnels sont amenés à interpréter en termes négatifs des caractéristiques déviantes, ils traduisent, à l'opposé, la pathologie comme le signe d'une situation nécessitant d'être prise en charge rapidement. Dans l'espace symbolique des représentations de la pauvreté, le pauvre déviant dispose ainsi d'un moindre prestige, et même d'une réputation négative qui le pénalise dans les procédures d'accès au système d'hébergement, tandis que le pauvre malade dispose d'avantages potentiellement valorisables (Jouve et Pichon 2015). D'un « *stigmate* » (Goffman 1963), la maladie peut devenir une « *ressource* » mobilisable par les sans-domicile en vue d'améliorer les conditions de leur prise en charge, ce que Yann Benoist analyse comme des « *effets pervers* » et « *des stratégies de maintien de l'amélioration paradoxale des conditions de vie* » (Benoist, 2016). Au-delà de son caractère stratégique néanmoins, la possibilité de ce renversement est étroitement liée à l'organisation du système de prise en charge et à l'interprétation de la maladie par les professionnels, médicaux ou non. Ici encore, les échanges mènent à identifier des situations que les travailleurs sociaux sont, ou non, en mesure de prendre en charge en CHRS. De sorte qu'au-delà de sa qualification initiale par les professionnels de santé (Freidson, 1970), l'état pathologique est rediscuté par des acteurs profanes. En dépit de ce statut profane néanmoins, ces derniers sont socialisés aux problématiques sanitaires dans le cadre de leur travail, de par la prévalence de celles-ci et l'existence de temps de formation professionnelle – analysés en détail dans le prochain chapitre. Les professionnels non-médicaux apprennent à repérer les indices témoignant d'un trouble ou d'une pathologie, indices à partir desquels ils peuvent mobiliser les ressources à leur disposition pour proposer un traitement adéquat (encadré 6.9).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 6.9 : notes de terrain, les commissions d'orientation.

Commission du 28 janvier 2016

La coordinatrice commence par annoncer qu'il faut commencer à s'occuper des réorientations liées à la fin de la veille saisonnière, et aux fermetures de places qu'elle implique. Les personnes qui les occupent sont prioritaires. Elle transmet aussi le message de la DDCS, qui souhaite qu'à partir du 2 mars, les structures n'accueillent plus de nouvelles orientations, afin d'assurer un meilleur taux de réorientation à la fin mars. Elle laisse néanmoins entendre que chaque structure reste libre de ses choix. Avant de s'occuper de la veille saisonnière, 2 situations ont été remontées par des structures parce qu'elles posent problème dans l'accompagnement. Il faut tenter de trouver une solution :

Monsieur B. W. : la cheffe de de service de l'Armée du Salut prend la parole : « *son logement a pris feu, il s'est retrouvé aux Cytises [CHU]. En septembre 2015 il est passé par la stab' toujours chez nous, ça n'a pas duré. Monsieur a un suivi CMP, mais son principal problème c'est qu'il est complètement obsédé par une jeune femme, Violette, qui abuse de lui pour financer ses consos avec son copain* ». Elle souligne l'épuisement des équipes et la « *difficulté de gérer la problématique psy et la victimisation constante de Monsieur* ». Elle dit qu'il lui faut « *une structure cadrante, sécurisante* ». La situation est rendue d'autant plus complexe que les référents médicaux refusent de partager les informations. Le monsieur dit qu'il veut suivre son traitement, mais les psychiatres refusent de lui faire des ordonnances, car il en abuserait. Des solutions alternatives ont été tentées : il est passé plusieurs fois par de l'intermédiation locative (logement accompagné), mais a cumulé des dettes partout. D'autres éducs interrogent le degré d'autonomie du monsieur et si un suivi avec l'équipe mobile psychiatrie-précarité a été tenté. L'un d'eux dit : « *je suis pas psy, mais ce monsieur il a l'air d'être déprimé, sans ça il parait autonome* ». Les échanges aboutissent à l'idée de mettre en place une expertise psy pour en savoir plus.

Monsieur Joseph P. : un éduc présente la situation d'une personne en situation de handicap moteur, doublé de très fortes difficultés de communication ; il est actuellement dans une halte. « *Monsieur avait été orienté en LHSS, mais il y aurait eu un bug avec la place, Santé pour tous n'aurait pas reçu la demande* ». Je tique sur l'emploi du conditionnel, qui s'expliquera plus tard. Il poursuit : « *Monsieur est souvent au CHR, il est dans un processus de dégradation avancé* ». Beaucoup de personnes présentes connaissent ce monsieur et paraissent au courant de la complexité de la situation. Au bout d'un moment, les échanges portent sur la question de « l'urgence » de la situation. « *On attend une réponse d'une structure spécialisée pour handicapés en Belgique, mais ça dure et il n'y a pas le temps, là* ». Les éducs évoquent « *un fond dépressif lié au handicap, il se retranche dans le silence alors qu'on l'a vu beaucoup parler à une époque* ». La coordinatrice du SIAO intervient : « *mais il lui faudrait un LHSS ou un LAM non ? LAM il y a beaucoup d'attente, mais LHSS, en expliquant la situation, ça pourrait être envisageable* ». Le conditionnel du début de la commission va s'expliquer. L'éducateur qui présente la situation : « *tout dépend du degré de médicalisation du LHSS… si c'est porté par un CHRS, ça peut aller, ce sera pas trop médicalisé. Monsieur a une grosse méfiance vis-à-vis du médical…* ». Il marque une pause et ajoute : « *Il a quand même entrainé la démission d'un infirmier au LHSS, il lui a donné un coup dans les testicules. L'infirmier a été arrêté longtemps, et il a démissionné après…* ». La situation est désormais explicite. Les échanges reprennent : ce monsieur fait l'objet d'interventions par les pompiers, les policiers, le Samu social, plusieurs associations. Au final, décision est prise qu'en attente de la réponse de la Belgique, il doit être priorisé en CHRS, sur une structure pouvant accueillir les personnes à mobilité réduite. Dès qu'une place se libèrera, il y accèdera. En attendant, une halte de nuit continue de l'héberger.

Ces deux situations sont emblématiques des échanges qui ont lieu en commission à propos des problématiques médicales. La première situation évoquée a trait à la santé mentale : l'accompagnement de la personne est rendu complexe par la faible communication entre professionnels de la santé et travailleurs sociaux, par l'absence de diagnostic psychiatrique et par les répercussions réelles ou identifiées comme telles par les travailleurs sociaux, que la dimension sanitaire a sur l'accompagnement social. Les travailleurs sociaux soulignent la nécessité de mettre en place une veille spécifique concernant cette personne, notamment par

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

son état dépressif, mais il n'y pas d'urgence à la prendre en charge. La deuxième situation donne à voir la complexité de certaines situations « *cumulant les problématiques* » médico-sociales, ici liées au handicap physique voire psychique et aux comportements violents. Ces problématiques intriquées témoignent d'une relative impuissance des travailleurs sociaux à répondre adéquatement à la situation, et elles expliquent que l'on retrouve la personne dans différents dispositifs de prise en charge, qui témoignent de carrières institutionnelles faites de ruptures sans cesse répétées (Snow et Anderson 1993 ; Bourgois et Schonberg 2009) (encadré 6.10).

Encadré 6.10 : notes de terrain, Monsieur Joseph P.

J'avais croisé Joseph P. au cours d'observations réalisées dans le cadre de la veille saisonnière. Le 4 décembre 2015, deuxième soir de la Veille saisonnière, deux usagers particulièrement dégradés sont orientés sur le dispositif par erreur, alors qu'ils sont hébergés dans une halte de nuit. Le chef de service du CHRS 1, également responsable de la veille saisonnière, décide vers 20h de les accompagner vers la halte située à quelques centaines de mètres de là. Il me demande mon aide : je pousserai Monsieur Joseph P. dans son fauteuil, lui accompagnera l'autre résident et portera leurs sacs d'affaires. Bien qu'assez court, le trajet dure trois quarts d'heure, le déplacement du fauteuil roulant étant rendu complexe par les butées des trottoirs et par les Lillois qui commencent à sortir dans le quartier, particulièrement animé. L'homme capable de marcher doit en outre s'arrêter à plusieurs reprises pour uriner, sans vraiment cherche à se cacher. Nous discutons du parcours du directeur du CHRS 1 : il a étudié à Sciences Po Paris, a rencontré sa femme à l'Université de Northwestern à Chicago, me dit que l'IEP de Lille « *c'est pas pareil que Sciences Po* », je souris. Ils s'installent à Paris, lui travaille pour le groupe SOS. Il me dit avoir dénoncé ses chefs qui se servaient dans les caisses, mais que c'est lui qui termine avec un blâme. Il décide de partir. À plusieurs reprises, il rit à propos de la dimension « *extraordinaire* » de ce que nous sommes en train de faire : « *ça te fera sûrement un chapitre entier de thèse !* ». Je constate une nouvelle fois que mes enquêtés n'ont pas réellement conscience de ma démarche.

Lorsque nous arrivons à la halte, l'ambiance parait tendue. Clairement, les travailleurs ne sont pas ravis de revoir ces deux usagers. Ils ne cachent pas leur déplaisir, voire leur énervement, auprès du chef de service du CHRS 1, qui répond que les conditions d'accueil du dispositif de veille saisonnière ne permettaient pas de proposer un accueil décent à cette personne, contrairement à la halte. L'un des travailleurs sociaux de la halte finit par se dévouer pour laver Joseph P., ce à quoi un collègue répond « *tu n'as pas à faire ça, c'est le boulot des infirmiers* ». Le premier réplique : « *on va quand même pas le laisser dans cet état* » : Monsieur J. s'est uriné et déféqué dessus au cours du trajet. Nous repartons pour le dispositif de veille saisonnière, je suis assez gêné de ce qui vient de se passer.

Dans la situation de Joseph P., un degré élevé de vulnérabilité reconnu de tous – mais parfois contrebalancé par son comportement – est nettement identifié, ce qui justifie la décision de priorisation de la part de la coordinatrice dans l'attente d'une solution plus adaptée. Une prise en charge prioritaire en hébergement *non médicalisé* peut donc être décidée, *sur critère médical*. En commission, des priorisations ont été observées pour des pathologies telles que le cancer, la pneumonie, certaines fractures graves, un état immunodépressif… À l'inverse lorsque l'état pathologique n'est pas jugé suffisamment grave, le demandeur n'est pas priorisé : des maladies de la peau, une tension (très) élevée, des hématomes ou des entorses, justifient une vigilance accrue de la part des travailleurs de rue, mais rarement un accès prioritaire à l'hébergement. L'identification d'une nécessité d'agir est étroitement liée au difficile tracé

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'une limite entre normal et pathologique (Canguilhem, 1966). Difficile pour trois raisons : d'une part dans la mesure où, pour les sans-domicile comme pour d'autres populations vulnérables (Brodiez-Dolino et al., 2014), cette délimitation est très instable parce qu'étroitement liée aux représentations de la maladie et aux conditions de son traitement ; d'autre part, parce que la pénurie des places pèse lourdement sur les choix d'orientation et ne permet pas de multiplier les priorisations, même sur critère médical :

> On s'est retrouvé cette année, en commission familles à devoir faire le choix entre deux enfants en bas âge qui avaient un cancer. Et on n'est pas médecins... C'était : « *quel est le cancer le plus grave ? Lequel il faut mettre à l'abri ?* » Et donc on s'est dit qu'il faut arrêter, parce que là, on est en train de faire… pas de la merde, mais c'est trop subjectif.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Cet extrait témoigne de la difficulté, pour les travailleurs sociaux, à identifier la gravité des questions de santé auxquelles ils sont confrontés dans le cadre de leur travail. La plupart des commissions organisées par le SIAO se tiennent sans qu'un professionnel du soin, normalement compétent pour identifier cette limite, soit présent. De sorte que lorsque la coordinatrice explique que les travailleurs sociaux participant aux commissions ont choisi « d'arrêter », elle signifie en fait que le critère d'ancienneté, communément perçu comme objectif parce que mesurable, a été réaffirmé, contre les critères d'urgence sanitaire :

> Par exemple, en commissions SIAO, les infirmiers sont pas présents. Bon. Alors que les données médicales sont des données qu'on va prendre en compte pour les demandes d'hébergement, voire pour les prioriser. Parfois j'y suis allé une ou deux fois pour défendre des situations particulièrement compliquées. De toute façon, par rapport à l'hébergement, la décision c'est de prioriser l'ancienneté sur la liste d'attribution. Donc tu peux pas prioriser une situation médicale. Moi je me rends compte que c'est de plus en plus difficile pour moi de prioriser des situations médicales. Avant c'était plus facile. Parce que maintenant la priorisation, c'est l'ancienneté.
>
> **Mais c'était pas le cas avant ?**
>
> Si, mais on passait dessus plus facilement. Maintenant c'est plus strict. Après, ça a été décidé comme ça par le SIAO, donc voilà, c'est comme ça, mais je vois que c'est plutôt bien appliqué maintenant, et moi je ressens la différence quoi.
>
> Frédéric, infirmier détaché au Samu social, 47 ans.

Si la dimension sanitaire est susceptible d'influer sur la décision d'hébergement, c'est donc, ici aussi, non par priorisation automatique mais à l'issue de négociations autour de l'ordre institué par la file d'attente. La décision de prioriser, ou non, dépend alors de la transmission des informations entre professionnels de santé et travailleurs sociaux :

> On est bien obligé de transmettre quelques infos pour la prise en charge sociale (insistance sur sociale). L'éducateur, il doit savoir que c'est un monsieur qui a un problème d'alcool, qui est psy, qui a des troubles de comportements, ça fait partie du secret médical, mais on est bien obligés de le dire : c'est des gens qui vont être 24/24h avec eux, et qui vont les gérer. Donc je suis parfois, enfin même très souvent amené à transgresser le secret médical, parce que je sais pas comment faire autrement. Alors, je sais que j'ai des collègues, infirmiers dans d'autres structures, qui vont s'y tenir, vraiment… de façon rigide quoi. C'est « *je ne dis rien, c'est du médical. Monsieur a un problème*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> *de santé, et on ne va pas plus loin dans les détails. Je fais un accompagnement santé, point* ». Du coup les éducs ne sont pas du tout au courant de ce qu'il se passe dans la pathologie, et pour la prise en charge ça pose toujours des soucis. Parce qu'il y a des choses à savoir quoi. Après, je peux comprendre qu'on respecte la loi, voilà, c'est la loi. Mais je trouve que dans le fonctionnement du quotidien matériellement, si tu sais pas ce qu'elle a, c'est compliqué.
>
> Frédéric, infirmier détaché au Samu social, 47 ans

> Frédéric, il me permet justement de mieux comprendre les besoins de prise en charge en hébergement. Il va me dire si il faut une place à mobilité réduite, ou comment ça va évoluer, est-ce que ça se soigne, est-ce que ça se soigne pas, est-ce que la personne va se dégrader, est-ce qu'elle a déjà un pied dans la tombe… il va m'aider à comprendre.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Au-delà des règles formelles, les professionnels sont amenés à échanger autour des situations des personnes qu'ils sont amenés à orienter – ou non – dans les dispositifs d'hébergement. On le verra dans le prochain chapitre, le partage d'informations est une question centrale dans la prise en charge. Pour l'heure, il convient de retenir que la priorisation sur critère médical n'est pas automatique, mais fait aussi l'objet de négociations et d'arbitrages entre professionnels de l'hébergement. Ainsi, dans ces négociations, les troubles de santé mentale constituent davantage un stigmate qu'une ressource pouvant jouer favorablement dans l'accès à l'hébergement. La santé somatique fait, elle, l'objet de discussions visant à identifier un degré de gravité et d'urgence à caractère non plus strictement social, mais médico-social.

***

En analysant le travail de régulation déployé par le SIAO dans l'accès au système d'hébergement, on a mis en lumière l'existence d'un ordre des demandes fondé sur le critère de l'ancienneté de la demande, les négociations autour de cet ordre ainsi que le recours à des critères concurrents. Les comportements et les identités déviants (toxicomanies, troubles psychiques, situation administrative précaire, passif institutionnel…) d'une part, l'urgence d'agir liée à une situation médicale d'autre part, sont les critères les plus fréquemment mobilisés par les professionnels de l'hébergement ; ils témoignent d'une réactivation de la dichotomie entre pauvres méritants et imméritants (Damon 2002a, 2003). L'ensemble de ces critères sont mobilisés dans le cadre du travail d'inférence observable au cours des commissions d'orientation organisées par le SIAO.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 3. Vulnérabilités et situations préoccupantes : catégorisations professionnelles et visées étatiques

Si le 115 donne accès aux hébergements d'urgence et le SIAO aux hébergements de stabilisation et d'insertion, une troisième modalité d'accès à l'hébergement a été rencontrée au cours de l'enquête. Dans le cadre de la veille sociale, un outil permet d'identifier des situations qui ne doivent pas faire l'objet de discussions en commissions, c'est-à-dire de contourner l'ordre institué par le SIAO. Il s'agit d'une fiche « *de signalement des situations préoccupantes* », par laquelle des professionnels sollicitent auprès de la DDCS, la possibilité d'héberger directement des personnes. Ce signalement correspond à l'identification de *vulnérabilités*, celles-ci étant entendues comme des expositions accrues à des risques dont les dimensions sociales et sanitaires sont étroitement liées (Brodiez-Dolino, 2013a, 2013b). Cette dernière section permet de poursuivre l'étude des catégorisations professionnelles opérées dans le cadre des commissions du SIAO, par une analyse quantitative de ces fiches de signalement (n=202) et de leurs effets sur l'accès à l'hébergement. À rebours d'une opposition schématique entre méthodes quantitatives et qualitatives, on montre que celles-ci se complètent et se nourrissent, leur association offrant des résultats et des pistes de recherche inédits, imprévus et heuristiques (Renisio et Sinthon 2014 ; Abbott 2016 ; Pette et Eloire 2016 ; Morrissette et Demazière 2019). Afin de proposer une étude synthétique de ces fiches, de leurs visées et de leurs effets, on met l'accent sur la tension dont témoigne leur existence. En effet, outil utilisé par les professionnels, les fiches de signalement permettent aux acteurs de la veille sociale d'identifier, de signaler et de classer des situations qu'ils considèrent comme préoccupantes pour des raisons que l'on explicite ici. En retour, l'analyse des réponses qui y sont apportées permet d'identifier les situations qui, selon les visées des agents de l'État, peuvent être, ou non, priorisées. Ainsi, cette dernière section met en lumière les convergences et les divergences qui existent entre les représentations et les catégorisations des professionnels de la prise en charge et celles des agents de l'État. Après avoir détaillé les visées de ces fiches et leurs usages par les professionnels de la veille sociale (I), on montre quelles sont les personnes qui se voient effectivement proposer une place d'hébergement de façon prioritaire (II).

I. La double tension à l'œuvre dans les usages des fiches de signalement

Au cours de l'enquête, la découverte d'une fiche de « *signalement d'une situation préoccupante* » lors d'échanges avec les professionnels de la veille sociale a constitué, en soi,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

un résultat de l'analyse. Son existence témoigne de la formulation, dans le cadre de la prise en charge et plus spécifiquement de l'accès à l'hébergement, d'une inquiétude autour de l'état de santé des personnes sans-domicile, du même ordre que celle qui, au milieu des années 1980, a mené les pionniers de Nanterre et les acteurs humanitaires à réclamer une amélioration des modalités d'accès aux soins des populations pauvres et exclues. Sept critères de préoccupation sont formellement identifiés : « *violence/abus de faiblesse* », « *enfant de moins de 3 ans* », « *plus de 70 ans* », « *handicap mental* », « *handicap physique* », « *grossesse de plus de 6 mois* », et « *état de santé général* ». Ce premier point permet de préciser les enjeux et la double tension qui structurent les usages de ces fiches. La première tension se fait jour entre leurs visées professionnelles et le rôle de l'État dans leur mise en œuvre (1). La seconde réside quant à elle, une nouvelle fois, dans l'étroite intrication des dimensions sociales et sanitaires de la question SDF (2).

1. Les fiches de signalement, entre outil professionnel et supervision étatique

Les fiches de signalement de situations préoccupantes ont été créées à l'automne 2013, par les professionnels de la veille sociale. Les entretiens réalisés avec les protagonistes qui y sont le plus souvent confrontés permettent de préciser leurs objectifs :

> **Les fiches de signalement de situations préoccupantes, comment ça marche ?**
>
> Donc ça c'est un outil interne. Et c'est une possibilité qui est donnée au 115 et au Samu social… bah d'honorer notre mission déjà. On est tenus de signaler une situation particulièrement préoccupante, et donc c'est une fiche navette, où ils font un point sur la situation, ils font un petit étayage sur ce qui a été engagé, et les freins dans l'accès à l'hébergement, ils questionnent aussi le SIAO pour savoir pourquoi la personne ne peut pas être orientée : souvent, c'est des situations qu'on découvre, donc en termes d'ancienneté, on peut pas…
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans.

Les fiches de signalement de situations préoccupantes constituent un outil de travail, qui permet de réaliser les objectifs de la veille sociale, c'est-à-dire d'avoir une connaissance la plus précise possible du nombre de personnes dans la rue et de leur état. Elles s'inscrivent dans le travail du 115 et des maraudes : en remplissant des fiches quant à la présence de personnes particulièrement vulnérables dans la rue, les professionnels font leur travail et assurent les missions décrites dans le chapitre 5. L'infirmier du Samu social, qui a participé à l'élaboration de ces fiches, complète :

> **Ces fiches et les critères, c'est vous qui les avez construites ? C'est le Samu social ?**
>
> Oui, oui oui. C'est nous, c'est un outil de la veille sociale. Ça fait deux, trois ans que ça existe. On a fait ça parce qu'il y a quelque temps, quand on avait une situation préoccupante, la DDCS nous finançait des chambres d'hôtel. Et ils ont arrêté. Ça a été donné à quelqu'un d'autre, à une autre association donc on n'a plus cette extrême solution en fait. Alors comme on a un devoir

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> d'observatoire aussi et de remontée d'informations, à la tutelle, eh bah voilà, on fait au moins cette fiche-là, on a moins signalé la situation. Pour que les financeurs, les décideurs, soient au moins au courant de ce qu'il se passe.
>
> Frédéric, infirmier détaché au Samu social, 47 ans

C'est un élément plus conjoncturel, mais qui témoigne des évolutions du secteur, qui est à l'origine de la création de cet outil. Jusqu'en 2013, le Samu social et le 115 avaient la possibilité de solliciter l'État afin d'obtenir des chambres d'hôtel. Ces dernières étaient destinées précisément à des situations préoccupantes et constituaient une « *extrême solution* », afin de pallier la pénurie de places dans le système d'hébergement. L'attribution de ces places à une autre association – en l'occurrence, une association spécialisée dans la prise en charge des personnes migrantes – a mis fin à cette solution. De fait, les chambres d'hôtel font l'objet d'une critique sévère des associations et des acteurs de la prise en charge (FNARS 2007 ; HCLPD 2009 ; Cour des comptes 2011). Sur le territoire étudié, contrairement à la situation parisienne par exemple (Le Méner 2013), elles représentent désormais une portion très marginale des solutions de prise en charge, qui n'est pas comptabilisée dans les rapports d'activités :

> **Est-ce que les chambres d'hôtel, c'est quelque chose qui existe beaucoup ?**
>
> Non, il y a une enveloppe en fait. Avant, c'était nous qui portions cette enveloppe, on faisait entre guillemets « *de l'hébergement* », on faisait de la mise à l'abri à l'hôtel, et aujourd'hui c'est l'AFEJI qui porte cette mise à l'abri. Donc c'est en fonction des décisions de la DDCS. C'est toujours la DDCS qui prendra la décision d'ouvrir ou pas une chambre d'hôtel pour accueillir une famille.
>
> **OK, mais c'est uniquement sur les situations préoccupantes ?**
>
> Uniquement sur les situations préoccupantes. Ou… pour faire une jonction. Tu vois là, il y a des personnes qui ont été concernées en fin de veille saisonnière : l'accueil n'était pas encore acté sur [l'hébergement] pérenne, et donc du coup on débloque quelques nuitées d'hôtel dans l'attente de cet accès.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO

Un autre élément mérite d'être souligné : les fiches ne sont pas un outil de travail comme les autres. Les informations qui s'y trouvent ne sont pas destinées au SIAO, mais sont remontées directement à la DDCS. Au-delà du rôle joué par ces fiches dans la mise en œuvre de la veille sociale, elles traduisent donc finalement un contrôle croissant de l'État dans l'attribution des places et constituent un moyen pour lui d'exercer son influence en s'attribuant la gestion d'une partie des solutions – les nuitées d'hôtel. Alors qu'auparavant, les informations relatives aux situations préoccupantes étaient transmises de façon informelle, les fiches sont un indice supplémentaire de la bureaucratisation de la prise en charge, en l'occurrence de la veille sociale. En effet, alors que les extraits suggèrent que la DDCS avait, jusqu'en 2013, un rôle passif dans de chambre d'enregistrement des signalements réalisés par les professionnels de la veille sociale, les fiches ont modifié la situation. Désormais, les professionnels doivent remplir une

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

fiche standardisée et argumenter autour des situations qu'ils jugent « *préoccupantes* ». C'est la DDCS qui, en dernier ressort, décide d'héberger ou non le ménage signalé. Une différence existe avec le fonctionnement du SIAO néanmoins : si, dans le cadre des commissions, la coordinatrice s'efforce de faire respecter l'inconditionnalité de l'accueil et l'ordre de l'ancienneté autour duquel elle est instituée, son statut de travailleuse sociale tend à l'assimiler aux professionnels des hébergements qui participent aux commissions, auxquels elle ne s'oppose pas frontalement, ou très rarement. Au contraire, avec les fiches de signalement, les professionnels n'ont pas la main sur la décision finale d'hébergement.

En amont même de la prise de décisions d'hébergement ou non, la tension entre les visées professionnelles et la supervision étatique peut être observée dans certaines des catégories permettant de justifier le signalement. Ainsi, les catégories liées à l'âge ou au temps (*moins de 3 ans*, *plus de 70 ans*, *grossesse de plus de 6 mois*) témoignent d'un arbitraire certain dans leur construction. Chaïma, l'infirmière détachée durant la veille saisonnière, illustre l'arbitraire de ce bornage en ce qui concerne les grossesses :

> Quand on rencontre des femmes enceintes, il faut savoir que pour rédiger une fiche de situation préoccupante, dans les critères… c'est les critères qui sont annoncés : il faut qu'il y ait une grossesse de plus de six mois. Du coup, je t'avouerai que, entre guillemets, « *j'en tiens pas compte* ». Je suis obligée, hein, mais j'en tiens pas compte, parce que je me dis que quand je rencontre une dame qui est enceinte de quatre mois, et que je juge vulnérable, puisque c'est un autre critère, je trouve qu'elle est très vulnérable, bah je la signale, même si elle est qu'à quatre mois. […] De toute façon, les grossesses dans la rue c'est toujours des grossesses à risques.
>
> Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

Le cas des grossesses dans la rue illustre particulièrement bien l'opposition entre les catégories professionnelles et les catégories d'État : les premières sont fondées sur des représentations liées à l'appartenance à un groupe professionnel et à un contexte de travail particulier, les secondes à un souci de limiter l'usage de ressources rares. Le bornage des 70 ans, alors même que l'espérance de vie en situation de rue est évaluée à 49 ans (Collectif les Morts de la Rue 2017, 2018), relève d'une logique proche. Dans la décision comme dans les catégorisations, l'État apparait *in fin*e décideur, et donc responsable, de l'hébergement – ou non – de personnes identifiées comme « *particulièrement vulnérables* », cette vulnérabilité renvoyant à des dimensions sanitaires, mais aussi sociales.

2. Des préoccupations sociales ou médicales ?

Les conditions d'émergence des fiches de signalement précisées, il convient maintenant de préciser les modules qui la composent et les informations qu'elles permettent de recueillir et de transmettre, au fondement de la décision d'hébergement – ou non – de la DDCS. Avant

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'être remplies, les fiches sont d'une longueur d'une page, et se divisent en sept blocs, eux-mêmes subdivisés selon les thématiques à remplir (annexe 6.1). Ces blocs permettent d'indiquer : 1. les initiales et la date de naissance du demandeur principal ; 2. la date de transmission, le service à l'origine du signalement et les motifs de préoccupation ; 3. des éléments relatifs à la composition familiale et aux modalités de rencontre du ménage ; 4. des éléments relatifs à la situation administrative, aux droits sociaux, aux ressources, à l'inscription dans la base du SIAO, aux accompagnements mis en œuvre par des structures sociales ou médico-sociales ; 5. les mesures administratives, éducatives ou sanitaires à mettre en œuvre ; 6. l'acceptation ou le refus du ménage d'être hébergé à l'extérieur de la métropole lilloise ; 7. des éléments complémentaires, qui permettent de spécifier certaines informations et d'assurer le suivi du signalement. L'essentiel des informations relèvent des registres socioadministratif (blocs 1, 3, 4), éducatif (5, 6, 7), ou sanitaire (2, 4, 5, 7), ce dernier registre étant mêlé aux autres. Parmi les sept critères identifiés, quatre (*handicaps physique* et *mental*, *grossesse de plus de 6 mois* et *état de santé général*) requièrent théoriquement un examen clinique, que les travailleurs sociaux ne sont pas en mesure de réaliser. Par conséquent, les fiches doivent normalement être remplies par un binôme de professionnels du travail social et du travail infirmier :

> Donc du coup, cette fiche de situation préoccupante elle se fait avec un éducateur, parce qu'il y a un versant social, et le versant médical. Donc au niveau social, il donne tous les éléments, en ayant indiqué au préalable l'accord des personnes… parce que comme on le remonte à la DDCS, il y a les infos, il y a toutes les infos sur la famille, donc c'est important d'avoir leur accord. Et du point de vue médical, alors le but c'est d'être le plus général possible, mais de montrer la gravité. Donc je peux pas évoquer la pathologie et dire bah y'a un cancer, c'est impossible. Donc on s'en tient au « *c'est une pathologie chronique, nécessitant un suivi régulier, ou pas* ». Y'a que les grossesses où on déclare tel quel, puisque c'est pas une maladie. Mais c'est des fois très compliqué, puisqu'on nous demande des informations complémentaires, mais on peut pas.
>
> Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

Dans la pratique, les usages qu'ont les professionnels de ces fiches ne respectent pas toujours cette division du travail de repérage des problèmes sociaux et médicaux. Travailleurs sociaux comme infirmières sont amenés à remplir les fiches seul-e-s, en suspectant une vulnérabilité sanitaire pour les travailleurs sociaux, ou en demandant directement au ménage les informations socioadministratives le concernant pour les infirmières. Si Chaïma apparait particulièrement respectueuse de cette répartition, c'est dans la mesure où, moins expérimentée, elle apparait davantage disposée à respecter les procédures professionnelles et administratives. Ce souci transparait aussi lorsqu'elle explique qu'elle demande à son collègue infirmier de confirmer les diagnostics qu'elle émet à propos des personnes rencontrées par elle dans le cadre de la veille saisonnière (voir chapitre 5). Un autre élément intéressant peut être souligné dans l'extrait d'entretien, qui souligne l'ambiguïté des fiches et de leurs usages : tout en constatant un motif de préoccupation d'ordre médical, Chaïma précise qu'elle doit « *être le plus général*

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

possible, mais montrer la gravité » qui justifie la préoccupation. Son collègue infirmier confirme ce point :

> **Les fiches de situation préoccupante, tu y as beaucoup recours toi ?**
>
> Oui, parce que je vais rajouter, pas des informations médicales, parce que j'ai pas le droit d'en mettre, mais je vais donner un avis sur la situation médicale, voir si c'est de l'urgence, pas de l'urgence, enfin quel degré ça peut…, voilà.
>
> **Ce qui est très flou…**
>
> Ce qui est très flou ! Ce qui est très flou, parce que… la DDCS va demander plus de détails. Le souci c'est que pour prioriser une situation, s'ils n'ont pas le détail, ils la priorisent pas. Donc parfois quand même on est obligés de transgresser. Ça, c'est… là, ça m'ennuie, beaucoup. Parce que là c'est la loi… mais bon c'est l'État qui me demande de le faire. Là c'est vraiment chiant. Mais si tu donnes pas de détails, il y a tellement de gens à prioriser, que… ils priorisent personne sinon. Parfois c'est un peu litigieux quand même… Mais on pourrait en faire dix par jours quoi.
>
> Frédéric, infirmier détaché au Samu social, 47 ans

Cet extrait souligne bien la tension à l'œuvre dans les usages des fiches par les professionnels, en particulier de santé. Entre le respect de la vie privée des personnes et la nécessité d'étayer les informations relatives au motif de préoccupation, les professionnels sont pris dans un conflit éthique qui a des répercussions politiques, puisque leur choix est susceptible d'influer sur la décision d'hébergement de l'État. Il est par ailleurs significatif que ce dilemme ne se pose que pour les informations à caractère médical, les informations socioadministratives ne faisant pas l'objet de précautions particulières. Ici encore, la dimension sanitaire de la question SDF tend à prendre le pas sur sa dimension sociale :

> **Donc c'est la logique de l'urgence médicale qui prime ?**
>
> Voilà. Pour moi, ça va être ça, parce que c'est mon domaine, forcément. Les éducateurs ils vont avoir d'autres… priorités quoi. Mais on a quelques critères de toute façon, les enfants de moins de trois ans, les gens de plus de 70 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois… voilà, on a dû catégoriser, enfin critériser quand même pour prioriser : prioriser, prioriser les priorisations et puis voilà… celles qui sont particulièrement préoccupantes, parce qu'elles le sont toutes… de toute façon une personne à la rue c'est préoccupant, donc voilà. Donc après, il faut faire le tri entre la peste et le choléra, parfois, c'est très compliqué hein.
>
> Frédéric, infirmier détaché au Samu social, 47 ans
>
> On a fait un travail de tri entre guillemets, des pathologies, je dirais plutôt entre la peste et le choléra. J'avais des pathologies type VIH, j'avais des cancers, j'avais des personnes qui devaient subir des interventions, j'avais des grossesses avancées, donc toutes ces problématiques ont été priorisées. J'avais aussi des familles, où il y avait des enfants en bas âge ou des nouveaux-nés, donc ça aussi ça a joué, ça a joué à quelques mois près : tu peux avoir une dame qui était enceinte de, disons, 7 mois, qui était pas priorisée, et une dame qui venait d'accoucher, qui était priorisée, donc c'est assez… je dirais, entre guillemets, sub… (soupir). Ça dépend, c'est subjectif je dirais : c'est la DDCS qui décide, si, au final, qui prend la dernière décision.
>
> Chaïma, infirmière au Samu social (veille saisonnière), 27 ans

En réalité, même si les éducateurs sont susceptibles d'avoir « *d'autres priorités* » que l'infirmier, les critères définis par la fiche restent nettement ancrés dans une perspective

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

sanitaire. Comme le suggèrent ces deux extraits d'entretien, les fiches de signalement ont amené les professionnels à assimiler les logiques de distinction de situations qui, pourtant, peuvent toutes faire l'objet d'une préoccupation du fait de l'absence de logement et d'hébergement qui les caractérise. Parce que ce seul critère ne suffit plus, d'autres sont mobilisés afin de hiérarchiser les différentes situations rencontrées. Comme le soulignent ces deux infirmier-e-s, ce travail consiste finalement à choisir entre « *la peste et le choléra* » - expression déjà utilisée par la coordinatrice du SIAO. De fait, en dépit de critères qui visent à objectiver les motifs de préoccupation, Chaïma souligne bien l'irréductibilité de ce qu'elle identifie comme une dimension subjective des décisions de la DDCS. Indirectement, la coordinatrice du SIAO et l'infirmier tendent à confirmer ces éléments, et suggèrent surtout qu'ils n'ont pas précisément conscience des critères qui président finalement aux décisions de l'État quant aux signalements qui lui sont remontés :

> **Mais ça marche quand même ?**
>
> Parfois ça fonctionne. Y'a des gens qui ont été priorisés grâce à ça. En chambre d'hôtel, des choses comme ça. Mais c'est très aléatoire, c'est en fonction de la situation économique du moment, de la situation politique, et puis de la façon dont tu présentes le cas aussi quoi. Et de la personne qui va recevoir la demande. Forcément, donc on a critérisé pour que ce soit à peu près… objectif, mais ça reste de l'humain avec de la souffrance, donc c'est très difficile d'être objectif de toute façon
>
> Frédéric, infirmier détaché au Samu social, 47 ans
>
> Ces fiches partent ensuite à la DDCS, et on attend après la réponse de la DDCS. Donc, soit ils vont débloquer des nuitées d'hôtel, pour une mise à l'abri, dans l'attente d'un accès à l'hébergement pérenne, soit ils vont nous dire que la situation ne nécessite pas une priorisation.
>
> **Et là, c'est la DDCS qui arbitre ?**
>
> Ouai.
>
> **Ils ont des médecins à la DDCS ?**
>
> Je sais pas (rires). Je pense pas.
>
> Jessica, coordinatrice du SIAO, 33 ans

Les professionnels de la veille sociale ne paraissent pas connaitre les critères qui président aux décisions de la DDCS d'héberger, ou non, les personnes dont les situations sont signalées. Afin de conclure ce chapitre, c'est ce flou que l'on propose maintenant d'essayer d'éclaircir.

II. Les effets des fiches de signalement sur l'accès à l'hébergement

L'explicitation de la construction des fiches de signalement a permis de mettre en lumière la double tension qui structure leur composition. Ce sont désormais leurs effets sur les personnes signalées qu'il faut analyser, en s'interrogeant notamment sur l'efficacité de ces fiches, c'est-à-dire sur leur propension à assurer effectivement l'accès à l'hébergement. Plus

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

généralement on propose de répondre dans le dernier point de ce chapitre à la question suivante : quelles sont les situations identifiées comme préoccupantes, et selon qui ? Les éléments qui ont été analysés précédemment amènent en effet à distinguer les représentations des professionnels de la prise en charge qui signalent les situations, de celles des agents de la DDCS qui accordent, ou non, un hébergement temporaire. Il convient de préciser qu'en dépit de plusieurs demandes adressées à la direction de la Mission urgence sociale, hébergement et insertion (MUSHI), aucun entretien ne m'a été accordé. Par conséquent, les données traitées et les opérations réalisées dans les pages suivantes sont uniquement d'ordre statistique. Afin de répondre à la question formulée, trois points sont développés. Dans un premier temps, les matériaux recueillis et la démarche de l'analyse proposée sont explicités (1). Ensuite, ce sont les situations signalées par les professionnels de la veille sociale qui sont détaillées (2). Enfin, on cherche à mettre en lumière les régularités observables dans les réponses apportées par l'État (3).

1. Matériaux et démarche de l'analyse

Les données analysées dans les pages qui suivent ont été récupérées en décembre 2016 auprès du chef de service du Samu social. Deux ensembles de données ont été mis à ma disposition. Le premier prend la forme d'un fichier Excel. 212 lignes différentes y sont recensées, représentant autant de « *situations préoccupantes* », c'est-à-dire de ménages signalés afin qu'ils accèdent prioritairement à des places d'hébergement en raison de divers motifs de « *préoccupation* », sans passer par le système de régulation du SIAO. Assorti à ce fichier Excel, j'ai également eu accès aux fiches de signalement correspondantes. On l'a dit, l'analyse de ces matériaux s'inscrit dans le prolongement, plutôt que la confrontation des résultats obtenus à travers l'observation ethnographique du travail de prise en charge et en particulier des commissions du SIAO. Cette perspective n'est pourtant pas évidente, tant l'opposition entre *quanti* et *quali* est structurante (Renisio et Sinthon 2014) : si elle relève d'une démarcation symbolique, elle n'en a pas moins des effets concrets sur la réalisation de la recherche (Morrissette et Demazière 2019)… et de l'enseignement. En effet, on peut penser que cette dichotomie, nettement observable dans les recherches en sciences humaines, tend à se diffracter dans les systèmes d'enseignement, entretenant un cercle que l'on peut qualifier de vicieux l'on considère effectivement que la combinaison des méthodes est une démarche heuristique. Cette considération très générale mériterait d'être précisée. Néanmoins, elle permet de préciser qu'au regard de ma très faible qualification en analyses quantitatives, le traitement de ces données n'aurait pas été possible sans la disponibilité et les conseils de Fabien Éloire dans un premier temps, qui m'a incité à faire usage de ces matériaux, m'a aidé dans la création d'une base de données exploitable, et a réalisé les premières opérations statistiques ; et de Pierre Blavier dans un second temps, qui m'a convaincu d'intégrer ces données et leur analyse dans cette thèse, et

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

m'a aidé à le faire au moment le plus critique de la rédaction[161]. Néanmoins, 'interprétation des résultats, si elle a pu être discutée avec eux afin de préciser les formulations adéquates liées aux opérations réalisées, n'engage que moi.

Dans le cadre de l'analyse, les fiches individuelles ont été reprises systématiquement pour préciser certains éléments restés flous dans le fichier Excel et vérifier les informations qui y étaient résumées, afin d'en faire une base de données exploitable. À dix reprises, les écarts entre ces deux sources d'information ont été jugés trop importants : ces dix situations ont été sorties de la base de données, qui compte ainsi 202 cas. Plusieurs précautions et précisions doivent être apportées quant à la base, aux fiches de signalement et aux personnes signalées. Les effectifs restreints de la base réduisent la significativité de l'opération statistique. On peut néanmoins estimer un modèle prédisant relativement bien le résultat modélisé (pseudo-R2 de 0,26) et obtenir plusieurs résultats significatifs (voir plus bas, tableau 6.10, p. 525). Si des travaux statistiques ont mis en lumière les facteurs déterminants l'accès à l'hébergement (Brousse 2005, 2006 ; Eberhard, Guyavarch, et Le Méner 2016 ; Gardella et Arnaud 2018), aucun n'a porté sur un outil professionnel spécifique tel que celui étudié ici. Dans ce contexte, les résultats obtenus donnent un premier ordre de grandeur des effets à l'œuvre dans la catégorisation des personnes sans-domicile et une opérationnalisation des hypothèses relevées sur le terrain. Étant donnés les effectifs, la non-significativité ne doit pas être vue comme une invalidation ou une absence d'effet de la modalité testée, mais plutôt comme reflétant un doute quant à l'existence d'un lien statistique généralisable à partir de cet échantillon.

Ce travail doit aussi être envisagé comme une étape qui pourra être prolongée par la suite. En effet, la base regroupe l'ensemble des situations signalées sur une période qui court d'octobre 2013 à octobre 2016. On peut en déduire deux propositions : d'abord, si la base de données ne compte que 202 cas, on raisonne en termes d'échantillon exhaustif – ou quasi-exhaustif, à dix situations non exploitables près – ce qui rend son analyse d'autant plus pertinente. Les situations ne sont donc pas nécessairement représentatives de l'ensemble de la population sans-domicile, lilloise ou nationale, et il est même plutôt logique qu'elles ne le soient pas, puisque précisément, elles font l'objet d'une préoccupation marquée par rapport aux autres, non signalées. Ensuite, dans la mesure où il n'existe pas de raison particulière pour que ces signalements aient cessé après octobre 2016, il serait possible d'enrichir la base de données avec les situations signalées depuis cette date. D'autres pistes de prolongement existent par ailleurs : les professionnels de la veille sociale pourraient être interrogés plus systématiquement, afin d'éclairer les usages et les représentations qui sont les leurs à propos de ces fiches. Dans la mesure où ni les noms, ni les statuts des professionnels qui ont rempli les fiches ne sont spécifiés, il n'a pas été possible d'analyser les arguments mis en avant afin de

[161] J'en profite pour réitérer ici mes chaleureux remerciements et ma gratitude.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

justifier les signalements. De fait, les différentes cases qui composent la fiche sont très inégalement remplies (voir annexes 6.2, 6.3, 6.4). Ces éléments précisés, on peut détailler davantage les résultats obtenus à partir du traitement statistique des fiches et de la base de données.

2. Les situations préoccupantes selon les professionnels de la veille sociale

On a commencé à l'évoquer : tous les dispositifs du système de prise en charge ne participent pas à la rédaction des fiches de signalements, qui s'inscrivent dans la veille sociale. Par conséquent, quatre dispositifs sont susceptibles d'assurer le signalement, et tous se rattachent à la veille sociale : il s'agit du 115 ; des équipes mobiles du Samu social ; du SIAO et du service gérant les demandes de Droit à l'hébergement opposable (DAHO). Si l'outil est utilisable toute l'année, on observe une variation saisonnière dans son usage (tableau 6.2).

Tableau 6.2 : le service à l'origine du signalement et la saison durant laquelle il est effectué.

Service signalant	**Équipes mobiles**	**115**	**Daho**	**SIAO**	**Plusieurs services**	**Total**
Nombre de signalements	114	39	1	5	43	202
Saison	**Printemps**	**Été**	**Automne**	**Hiver**	**Total**	
Nombre de signalements	37	41	78	46	202	

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

La grande majorité des signalements sont réalisés par les équipes mobiles, seules (114) ou avec un autre service signalant (37 sur les 43 signalants multiples). Dans la mesure où les fiches signalent des situations dites « préoccupantes », les maraudeurs sont les plus légitimes à constater les vulnérabilités associées puisqu'ils sont en contact direct avec les personnes sans-abri. Lorsque les autres services signalent une situation, c'est en raison d'un recours fréquent au 115 ou d'échanges réguliers avec des dispositifs dont les professionnels ont des contacts directs avec les personnes – accueils de jour, centres d'hébergement d'urgence. Par ailleurs, un effet saisonnier déjà mis en lumière parait jouer (Damon 2002b), sans pour autant que l'hiver soit la période la plus marquée par les signalements : deux fois plus de situations sont signalées en automne (78) qu'au printemps (37). L'ouverture des dispositifs de veille saisonnière durant les mois d'automne et d'hiver permet d'héberger davantage de personnes sur cette période, et on peut penser que les professionnels de la veille sociale rédigent alors davantage de fiches à la fois en raison des conditions climatiques, mais aussi afin de multiplier les chances de mise à l'abri des ménages signalés.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Les signalements peuvent être réalisés pour tout type de ménage, qu'il s'agisse d'une personne isolée, homme ou femme, d'un couple, avec enfant(s) ou non. Néanmoins, la composition des ménages a une influence marquée sur la propension des professionnels de la veille sociale à les signaler (tableau 6.3).

Tableau 6.3 : la composition des ménages signalés.

Adultes	**Hommes**		**Femmes**		**Couples**		**Total**
Enfants	Avec	Sans	Avec	Sans	Avec	Sans	
Nombre	1	17	63	26	76	19	202
Totaux	18		89		95		

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

Parmi les ménages signalés, on trouve seulement 18 hommes dont un avec ses enfants, alors qu'ils représentent encore une majorité des personnes sans-domicile (Yaouancq et al. 2013 ; Yaouancq et Marpsat 2016). À l'inverse, 89 femmes, avec (63) ou sans enfants (26), ont été signalées alors qu'elles restent plutôt minoritaires et nettement moins visibles dans la rue, en dépit de la féminisation de la population sans-domicile. De même, 95 couples, dont les trois quarts avec des enfants, ont été signalés. Au total, 140 ménages signalés comptent au moins un enfant, tandis que 43 ménages sont des personnes seules, les 19 restants étant des couples sans enfant. On peut également préciser que parmi les 140 ménages avec enfants, 53 en ont un, 49 en ont deux, et 38 en ont 3 ou plus. On peut déduire de ces chiffres que les femmes et les enfants sont des figures types de la vulnérabilité dans la rue aux yeux des acteurs de la veille sociale.

D'autres éléments, relatifs cette fois à l'origine géographique et aux rapports aux institutions – au sens large – des personnes signalées méritent d'être précisés. Ils sont envisagés conjointement, les droits sociaux et les ressources associées étant systématiquement déterminés par l'origine géographique et le statut administratif (tableau 6.4). Dans le cadre du codage de la base, on a distingué des personnes en situation administrative précaire (déboutées du droit d'asile, n'ayant pas fait la demande, dont le titre de séjour a expiré, etc.), de personnes dont la situation administrative est stable (français, européens, demandeurs à qui l'asile a été donné, titre de séjour en cours et en règle), de personnes en attente de réponse quant à leur demande d'asile (donc en règle jusqu'à ce que la décision leur soit notifiée).

Tableau 6.4 : l'origine géographique et rapport aux institutions des ménages signalés.

Origine géographique			**Situation administrative**			**Ressources**			**Couverture sociale**	
France	UE	Hors UE	Demande d'asile en cours	En règle	Précaire	Avec	Sans	Négligeables	Avec	Sans
26	13	163	81	55	66	31	153	18	60	142

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Parmi les ménages rencontrés, 26 sont français, 13 sont européens, et 163 sont extra-européens. 66 ménages sont en situation administrative précaire (déboutés du droit d'asile (DA), titre de séjour expiré, demande de DA non formulée), 55 ménages sont en règle, tandis que 81 ménages sont en attente de recevoir une réponse quant à leur demande d'asile. Ces éléments suggèrent l'identification d'une plus grande vulnérabilité des ménages non européens, par ailleurs de plus en plus nombreux parmi les personnes sans-domicile (Yaouancq et al. 2013), et des personnes dont la situation administrative est instable[162]. Cette vulnérabilité peut s'expliquer par un accès aux droits sociaux nettement restreint par rapport aux personnes dont la situation administrative stable est plus souvent synonyme de droits sociaux ouverts, ces derniers déterminant fortement l'état de santé (Aïach 2010). Ainsi, seuls 60 ménages disposent d'une couverture sociale (sécurité sociale, CMU ou AME), tandis que seulement 31 possèdent des ressources supérieures à 350 euros par mois (minima sociaux très majoritairement, pension de retraite). Les ressources que l'on qualifie de « *négligeables* » sont des ressources inférieures à ce seuil (allocation mensuelle d'aide sociale à l'enfance, allocation temporaire d'attente, allocation pour demandeur d'asile) et concernent 18 ménages, tous composés de femmes avec des enfants en bas-âge. Un deuxième ensemble d'éléments caractéristiques du rapport aux institutions des ménages signalés renvoie cette fois plus spécifiquement au système de prise en charge des sans-domicile : ainsi du nombre de partenaires connaissant la situation du ménage, et de l'ancienneté de l'inscription au SIAO (tableau 6.5).

Tableau 6.5 : rapport des ménages signalés aux institutions du système de prise en charge.

Étayage médico-social (nombre de structures connaissant le ménage)				**Ancienneté SIAO**					
Aucun	1	2	3 ou +	Non-inscrit	Moins d'un mois	D'un à 3 mois	De 3 mois à 1 an	D'un à 2 ans	Plus de 2 ans
9	40	69	84	60	46	30	33	16	17

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

L'étayage médico-social désigne ici la connaissance de la situation du ménage par une structure de prise en charge de la métropole (accueil de jour, centre de soins, centre d'hébergement d'urgence, hôpital). Pratiquement toutes les situations sont déjà connues par une, deux, ou davantage de structures de la métropole, seules 9 situations signalées n'étant connues d'aucune structure. Autrement dit, les ménages sont pour la grande majorité déjà inscrits dans des réseaux de prise en charge, qui peuvent néanmoins se révéler impuissants à améliorer leur situation. Cet étayage mérite par ailleurs d'être envisagé au regard de

[162] Si les personnes en attente de réponse quant à leur demande d'asile ne risquent pas d'être expulsées au moment où leur situation est signalée, il serait exagéré que de considérer que leur situation est stable.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'inscription des ménages auprès du SIAO et de leur ancienneté. Significativement, plus le ménage est anciennement inscrit, donc susceptible d'être connu et suivi par les services de la veille sociale, moins il est signalé : 60 personnes n'étaient pas inscrites au SIAO avant d'être signalées, 46 avaient une ancienneté de moins d'un mois, soit quasi nulle ; 30 entre un et trois mois ; 33 entre trois mois et un an, 16 entre un an et deux ans ; enfin 17 avaient une ancienneté de plus de deux ans. Ce résultat peut sembler contre-intuitif, puisqu'on pourrait penser que plus un ménage passe du temps dans la rue, plus il est vulnérable. L'analyse des signalements suggère pourtant que les professionnels de la prise en charge sont davantage préoccupés par des personnes nouvellement à la rue que par celles qui y sont déjà ancrées, sont inscrites dans des carrières de survie depuis longtemps, et ont dans ce cadre développé des formes d'adaptation et de débrouille dans la rue (Snow et Anderson 1993 ; Gaboriau 1993 ; Pichon 2010). On peut également penser que les professionnels signalent moins ces personnes en estimant que celles-ci doivent avoir recours au système de régulation classique du SIAO, fondé sur l'ancienneté de la demande. Enfin, il faut revenir aux critères par lesquels les professionnels de la veille sociale justifient leur préoccupation autour des situations des ménages qu'ils rencontrent (tableau 6.6).

Tableau 6.6 : motifs des signalements par les professionnels de la veille sociale.

- de 3 ans	Violences	Grossesse + 6 mois	État de santé	Handicap physique	Handicap mental	+ de 70 ans	Aucun	Plusieurs
116	16	38	64	11	12	8	9	65

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

Pour 65 situations, plusieurs motifs sont à l'origine d'un même signalement et pour 9 situations, aucun motif n'est spécifié : on peut penser à des situations qui ne rentrent dans aucune des cases, ou à un oubli des professionnels signalants. Si l'on se concentre sur les motifs de signalement, on trouve, dans l'ordre décroissant, la présence d'un « *enfant de moins de 3 ans* » (116) ; viennent ensuite « *l'état de santé général* » (64), et les « *grossesses de plus de 6 mois* » (38). Loin derrière, on trouve les situations de « *violence/abus de faiblesse* » (16), le « *handicap mental* » (12), le « *handicap physique* » (11), enfin la présence de personnes de « *plus de 70 ans* » (8). La nette surreprésentation des ménages avec des enfants de moins de trois ans traduit bien la figure de vulnérabilité qu'ils représentent. Il en va de même pour les « malades », que l'on retrouve parmi les personnes dont l'état de santé général justifie une préoccupation à l'origine d'un signalement, et des femmes enceintes de plus de six mois.

Les situations signalées par les professionnels de la veille sociale recoupent donc, dans une large mesure, les figures classiques des vulnérabilités sociales et sanitaires (Bresson, Geronimi, et Pottier 2013; Brodiez-Dolino et al. 2014). On trouve ainsi des femmes africaines ayant quitté leur pays avec leurs enfants en bas-âge pour fuir les violences qu'elles y subissaient, ou après la mort de leurs maris ; des familles nombreuses venues d'Europe de l'Est, dont le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

membre le plus âgé peine désormais à se déplacer, parfois pour accéder au système de soins français ; ou encore des personnes très isolées, arrivées à la rue après une rupture familiale, professionnelle ou plus généralement biographique, et qui, dépourvues de ressources et de réseaux, s'adaptent difficilement à la vie dans la rue. Ces quelques exemples n'épuisent pas les situations de dénuement rencontrées et signalées par les professionnels de la veille sociale. La question SDF a des facettes multiples, qui présentent des traits de préoccupation eux-mêmes nombreux. C'est maintenant la réponse apportée à ces situations par les agents l'État qu'il convient d'analyser, afin d'identifier les facteurs qui justifient l'accès à un hébergement prioritaire.

3. Les situations préoccupantes selon l'État

Afin d'identifier les facteurs qui paraissent déterminer la décision d'hébergement par les agents de la DDCS, deux opérations ont été réalisées : d'abord, des tris croisés entre l'issue de la demande et les variables présentées précédemment, selon le type d'information auxquelles elles se rattachent (motif d'inquiétude, rapport aux institutions, composition du ménage, etc.) ; puis une régression logistique visant à identifier les facteurs déterminant l'accès à l'hébergement toutes choses égales par ailleurs. Cette double démarche avance donc de manière précautionneuse, pour prendre en compte les effectifs restreints de la base de données. Un résultat préalable doit être précisé : sur les 202 situations considérées dans l'analyse, 108 se sont vus proposer une solution d'hébergement, soit 53 % de réponses positives. C'est peu si l'on considère la procédure des fiches de signalement qui consiste précisément à identifier des personnes dont la situation est « *particulièrement préoccupante* » et qui requiert, selon les professionnels de la veille sociale, une mise à l'abri immédiate ; on peut aussi considérer que c'est une procédure qui facilite l'accès à l'hébergement si l'on considère les éléments présentés dans les deux premières sections de ce chapitre. Pour rappel, sur le territoire étudié, 1 167 places existent pour les personnes isolées, pour 3 406 demandes. 913 places sont destinées aux hommes, et 254 aux femmes, pour respectivement 2 649 et 757 demandes. Autrement dit, en aboutissant un peu plus d'une fois sur deux, le signalement constitue un mode d'accès à l'hébergement dérogatoire susceptible de faciliter cet accès. Plusieurs constats peuvent être réalisés à partir des tris croisés. Étant données les visées de la fiche – signaler des situations perçues comme préoccupantes – on peut s'interroger en premier lieu sur les effets des motifs de préoccupation, en précisant un élément important : au regard des résultats mis en lumière tout au long de cette thèse, l'hypothèse implicite au moment du traitement des matériaux était que les motifs de préoccupation, parce qu'ils sont fondés sur une lecture médicalisante des situations de vulnérabilité, justifient un accès prioritaire à l'hébergement (tableau 6.7).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tableau 6.7 : réponse apportée selon le motif d'inquiétude signalé.

Groupe de variables explicatives	Variable	Modalités	Taux de réussite	Effectifs	Significativité du chi-2
Motif du signalement	Critères saisis dans les fiches	Handicap mental	92 %	12	***
		Handicap physique	73 %	11	*n.s.*
		Enfants de moins de trois ans	46 %	116	***
		Violence/abus de faiblesse	56 %	16	*n.s.*
		Grossesse de plus de 6 mois	66 %	38	*
		État de santé général	45 %	50	*n.s.*
		Personnes de plus de 70 ans	38 %	8	*n.s.*
Ensemble			53 %	202	

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

Lecture : 92 % des personnes signalées au motif d'un handicap mental ont reçu une réponse positive contre 53 % pour l'ensemble de l'échantillon. Le croisement entre l'issue de la demande et la composition du ménage conduit à un chi-2 significatif au seuil de 1 % (***) ; ** au seuil de 5 % ; * au seuil de 10 %.

La non-significativité du chi-2 des motifs « handicap physique », « violences/abus de faiblesse », « état de santé général » et « personnes de plus de 70 ans », principalement due aux effectifs considérés, ne permet pas de déduire qu'ils influent sur l'accès à l'hébergement, en dépit de taux de réussite parfois élevés. En revanche, les trois autres critères jouent significativement (« grossesse de plus de 6 mois ») ou très significativement (« handicap mental » ; « enfant de moins de trois ans »). Cet effet est positif concernant les grossesses et le handicap, mais plutôt négatif concernant la présence d'un enfant en bas-âge dans le ménage. Le fait qu'il soit plus complexe – ou plus coûteux – d'héberger des familles que des personnes isolées, peut expliquer ce résultat. On peut penser que le handicap mental, parce qu'il induit une dépendance très forte et complexifie particulièrement la survie dans la rue, fait l'objet d'une préoccupation marquée des pouvoirs publics. Il est plus surprenant que les grossesses ne constituent pas davantage un facteur de priorisation : on peut penser que d'autres facteurs, tels que l'origine géographique ou la situation administrative tendent à influer négativement sur la priorisation de ces femmes, souvent originaires d'Afrique ou d'Europe de l'Est. Autrement dit, l'hypothèse de départ selon laquelle les motifs de préoccupation se rapportant à l'état de santé, entendu ici au sens large, justifient un accès prioritaire à l'hébergement, n'est pas vérifiée. Au

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

contraire, les résultats suggèrent plutôt que ces motifs ne jouent pas, ou seulement à la marge, voire négativement, dans l'accès à l'hébergement.

Si, sur le moment, ces résultats ont été vécus comme une incompréhension et une déception, ils n'invalident pas ceux développés par ailleurs dans cette thèse. En effet, ce une erreur que d'envisager que des mois voire des années d'observations et d'analyse qualitative pourraient être dévalués ou contredits par une série d'opérations statistiques, au nom d'une supposée supériorité, robustesse, légitimité, du *quanti* sur le *quali* (Abbott 2016; Morrissette et Demazière 2019). En revanche, ces opérations disent quelque chose des modalités d'accès à l'hébergement, du système de prise en charge et des catégorisations à l'œuvre dans celui-ci. C'est ici que l'étude quantitative prolonge l'analyse qualitative. Si les vulnérabilités sanitaires justifient, *selon les professionnels*, l'accès prioritaire à l'hébergement, d'autres critères jouent dans les *visées étatiques*. En l'occurrence, les éléments liés à l'origine géographique, au statut administratif et aux rapports aux institutions apportent des éléments intéressants à l'analyse (tableau 6.8).

Tableau 6.8 : réponse apportée selon les droits sociaux et l'origine des ménages.

Groupe de variables explicatives	Variable	Modalités	Taux de réussite	Effectifs	Significativité du chi-2
Statut administratif et rapport aux institutions	Situation administrative	Demande d'asile en cours	65 %	81	***
		Situation administrative précaire	37 %	55	
		Situation administrative non précaire	56 %	66	
	SIAO	Peu d'ancienneté (<= 3 mois)	52 %	33	***
		Ancienneté intermédiaire (de trois mois à deux ans)	58 %	136	
		Ancienneté d'au moins deux ans	37 %	33	
	Origine	Français	73 %	26	**
		UE	23 %	13	
		Hors-UE	53 %	163	
	Couverture sociale	Non	56 %	142	n.s.
		Oui	48 %	60	
	Ressources	"négligeables"	22 %	18	***
		Non	53 %	153	
		Oui	74 %	31	
Ensemble			53 %	202	

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cette fois, seule la couverture sociale ne présente pas un chi-2 significatif. Les autres variables explicatives présentent en revanche des chi-2 très significatifs. Le tableau permet de mettre en lumière des facteurs jouant plutôt négativement sur l'accès prioritaire à l'hébergement, tels que le fait d'être en situation administrative précaire, d'être originaire d'un pays de l'Union européenne, d'avoir des ressources inférieures à 350 euros ou une inscription ancienne au SIAO. L'évolution des politiques migratoires françaises peut expliquer le rejet des personnes en situation administrative précaire. L'analyse est plus complexe concernant les Européens : on peut penser qu'autorisés à travailler, l'État français rechigne à leur accorder un hébergement, dans un contexte de tensions entre les États-membres, mais l'interprétation est ici moins assurée et se heurte aux faibles effectifs de l'analyse. L'effet négatif des ressources inférieures à 350 euros est plus surprenant, *a fortiori* dans la mesure où les personnes sans ressources ou avec des ressources supérieures à ce seuil ont davantage de chances d'être hébergées. Néanmoins, dans la mesure où les personnes concernées sont presque exclusivement des femmes avec des enfants en bas âge, ce résultat apparait congruent avec ce que l'on a souligné précédemment, à savoir une tendance au rejet de ces figures.

À l'inverse, les demandeurs d'asile en attente d'une réponse, les Français et les personnes qui possèdent des ressources ont davantage de chances d'être priorisés. Concernant les demandeurs d'asile, on peut penser que l'hébergement permet à l'État de garder la main sur ces personnes en attendant la notification de leur décision positive ou négative, en vue d'une éventuelle obligation de quitter le territoire français (OQTF). Concernant les Français et les personnes avec des ressources, on peut rapporter ces éléments à une forme « *d'effet Mathieu* », selon lequel les personnes les mieux dotées en ressources diverses tendent à être favorisées au sein d'institutions pourtant supposément fondées sur la neutralité et l'égalité (Merton 1988, 1995). De fait, cet effet s'observe dans le système de prise en charge des sans-domicile (Soulié 1997 ; Marpsat et Firdion 1998), mais aussi au-delà (Weill 2017). On peut finalement s'intéresser à la composition du ménage et à d'autres éléments tels que le mois de signalisation ou les relances effectuées par les professionnels auprès de la DDCS (tableau 6.9).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tableau 6.9 : réponse apportée selon la composition du ménage et la caractérisation de la demande.

Groupe de variables explicatives	Variable	Modalités	Taux de réussite	Effectifs	Significativité du chi-2
Composition du ménage	Adultes	Couples	41 %	17	***
		Familles	47 %	142	
		Isolé-es	79 %	43	
	Enfants	1 enfant	53 %	53	***
		2 enfants	45 %	49	
		3 et plus	42 %	38	
		Aucun	68 %	62	
Caractérisation de la demande	Mois de la demande	Janvier	20 %	15	*
	Signalement	Pas de relance	52 %	83	*n.s.*
		Relance DDCS	55 %	119	
Ensemble			53 %	202	

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

Ici encore, plusieurs éléments intéressants méritent d'être soulignés. Les chi-2 sont très significatifs pour la composition du ménage, moins pour les autres éléments testés. Typiquement, les relances opérées par les professionnels auprès de la DDCS n'ont qu'un effet très limité sur la décision d'hébergement. De même, le mois durant lequel les ménages sont signalés n'est pas significatif, hormis en ce qui concerne le mois de janvier pour lequel le chi-2 est faiblement significatif, et joue plutôt négativement : l'ouverture des dispositifs de veille saisonnière peut justifier que l'État considère que suffisamment de solutions dérogatoires au système d'hébergement classique existent, d'où les refus opposés durant cette période. La composition des ménages et la présence d'enfants dans le ménage, en revanche, apparaissent comme des facteurs déterminant fortement les priorisations. En l'occurrence, les personnes isolées ont nettement plus de chances d'être hébergées que les familles ou les couples. De même, alors que les enfants peuvent spontanément apparaitre comme des figures de vulnérabilité justifiant l'accès à l'hébergement, leur présence parait jouer négativement dans les décisions de l'État : plus il y a d'enfants dans le ménage et plus celui-ci est large, moins ses chances d'être hébergé sont élevées, résultat congruent avec d'autres études sur le sujet (Eberhard, Guyavarch, et Le Méner 2016). L'absence d'enfants constitue même un facteur jouant positivement sur l'accès à l'hébergement, suggérant les réticences des pouvoirs publics à héberger prioritairement les familles.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Les tris croisés présentés ont donc permis de repérer des liens statistiques pertinents et interprétables. Mais, dans la mesure où beaucoup de ces caractéristiques sont susceptibles d'être liées entre elles, on peut se demander quels sont les facteurs qui, toutes choses égales par ailleurs, déterminent les décisions de priorisation par l'État. Afin de répondre à cette interrogation, une régression logistique a été réalisée (tableau 6.10).

Tableau 6.10 : régression logistique sur l'issue de la demande.

Variables	Modalités	Coefficient	P>z	Significativité
Composition du ménage	Couple	*ref.*	*ref.*	*ref.*
	Famille	*n.s.*	0,52	*n.s.*
	Isolé-e	**+**	**0,08**	*****
Situation administrative	Demande d'asile en cours	*ref.*	*ref.*	*ref.*
	Situation administrative non précaire	*n.s.*	0,22	*n.s.*
	Situation administrative précaire	**-**	**0,01**	*******
Relance auprès de la DDCS	Pas de relance	*ref.*	*ref.*	*ref.*
	Relance	**+**	**0,05**	******
Ressources	"négligeables"	*ref.*	*ref.*	*ref.*
	Non	*n.s.*	0,16	*n.s.*
	Oui	**+**	**0,08**	*****
Pays d'origine	Français	*ref.*	*ref.*	*ref.*
	Hors-UE	*n.s.*	0,37	*n.s.*
	UE	**-**	**0,08**	*****
Mois de la demande	Août	*ref.*	*ref.*	*ref.*
	Janvier	**-**	**0,09**	*****
Constante		*n.s.*	0,62	*n.s.*
Pseudo-R2				0,26

Source : Base de données *ad hoc*, N=202 demandes, 2013-2016, Service hébergement lillois.

Lecture : être originaire d'un pays de l'Union européenne plutôt qu'être français réduit (« - »), toutes choses contrôlées égales par ailleurs, la probabilité de bénéficier d'une réponse positive.

Le tableau 6.10 présente la régression logistique sur l'issue de la demande et permet de mettre en lumière les facteurs déterminant l'accès à l'hébergement à partir des décisions prises par la DDCS. Sans surprise au vu des effectifs utilisés, plusieurs coefficients s'avèrent non-significatifs. L'année de rédaction de la note, l'ancienneté SIAO[163], et d'autres mois de l'année pour l'entrée de la demande ont été pris en compte, mais leurs coefficients n'étant pas significatifs, ils n'apparaissent pas dans le tableau. De même, il est en soi intéressant de souligner que les variables de motif d'inquiétude et leur nombre ne présentent pas des coefficients significatifs. Autrement dit, alors même que les fiches créées par les professionnels

[163] Pour ces deux dernières variables, plusieurs codages ont été essayés, et conduisent au même résultat.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

visent à préciser des motifs d'inquiétude autour des situations signalées, il n'est pas statistiquement confirmé que la DDCS les prend en compte dans ses décisions d'hébergement. Ce sont plutôt les éléments à caractère sociodémographiques et socioadministratifs qui paraissent déterminants, de même que la période de l'année à laquelle la fiche est rédigée, dimension structurante depuis les origines de la professionnalisation de la prise en charge et les plans pauvreté-précarité du milieu des années 1980 (voir chapitres 1 et 3, et Gardella 2014a). On retrouve pour l'essentiel les éléments mis en lumière à partir de l'analyse des tris croisés : être une personne isolée et avoir des ressources augmentent, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de se voir proposer un hébergement de façon prioritaire. Il apparait cette fois que les relances des professionnels auprès de la DDCS jouent aussi plutôt favorablement. Au contraire, être originaire de l'Union européenne ou faire l'objet d'un signalement au mois de janvier sont des facteurs qui jouent négativement sur l'accès à l'hébergement.

Le résultat le plus intéressant concerne l'effet du statut administratif des ménages signalés. Être en situation irrégulière diminue très nettement la probabilité d'être hébergé, toutes choses égales par ailleurs. Ce résultat fait directement écho à la remise en question du principe d'inconditionnalité de l'accueil et à la polémique qui a résulté de la circulaire du 12 décembre 2017 mise en œuvre par Gérard Collomb, alors ministre de l'Intérieur. Dans l'optique d'un « *meilleur examen des situations administratives dans l'hébergement d'urgence* », celle-ci crée des équipes mobiles composées d'un fonctionnaire de préfecture compétent en droit des étrangers, d'un agent de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) et d'un travailleur social du secteur de l'exclusion, chargées de repérer les étrangers en situation irrégulière dans les hébergements d'urgence et, le cas échéant, de les expulser du territoire national. Les associations du secteur se sont opposées frontalement à cette circulaire, en déposant un recours devant le Conseil d'État afin de contester l'atteinte à l'inconditionnalité de l'accueil. Celui-ci a rejeté le recours, tout en précisant les conditions de mise en œuvre des dispositions de la circulaire, dont le non-respect entrainerait automatiquement l'illégalité de telles interventions. Ainsi, la circulaire ne confère aucun pouvoir de contrainte aux agents, ni sur les personnes hébergées ni sur les gestionnaires de centres d'hébergement, qui doivent par conséquent obtenir leur acceptation explicite afin de mener des entretiens[164]. De fait, les matériaux analysés dans la base de données sont antérieurs à la publication de la circulaire. On peut néanmoins faire l'hypothèse que ces derniers témoignent d'une tendance plus ancienne et plus large de durcissement des modalités d'accès à l'hébergement et des politiques de traitement de l'asile et de l'immigration (Pouly 2016 ; Gabarro 2018 ; Hayem 2018).

[164] Pour une analyse précise de la circulaire et de l'avis rendu par le Conseil d'État, voir sur le site de la Fédération des acteurs de la solidarité : https://www.federationsolidarite.org/publics/refugies-et-migrants/8710-circulaire-collomb-les-pr%C3%A9cisions-du-conseil-d%E2%80%99etat, consulté le 9 juin 2019.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Plus généralement, les résultats obtenus à partir du traitement statistique des fiches de signalement des situations préoccupantes suggèrent des représentations très éloignées entre les professionnels de la prise en charge, qui les rédigent, et les agents de l'État, qui y apportent une réponse. Des catégorisations divergentes et concurrentes se font jour autour des ménages dont la situation peut légitimement mener à une demande d'hébergement prioritaire : tandis que les professionnels tendent à considérer des éléments se rattachant à l'état de santé, à l'exposition des corps, à la détresse des personnes qu'ils rencontrent ou à des figures communément perçues comme des archétypes de la vulnérabilité (enfants, handicapés, femmes enceintes, personnes âgées…), les services de l'État paraissent privilégier les éléments socioadministratifs et sociodémographiques dans leur décision d'héberger, ou non, les ménages signalés.

Conclusion

Deux fils directeurs ont structuré ce chapitre. D'une part, on s'est interrogé sur les effets que la création du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) a eus sur le secteur de la prise en charge, et plus spécifiquement sur le système d'hébergement des personnes sans-domicile ; d'autre part, on a analysé le travail de catégorisation mis en œuvre par les différents protagonistes de ce système c'est-à-dire, pour l'essentiel, les acteurs de la veille sociale et de la régulation, les professionnels des CHRS, enfin l'État et ses agents. Ces deux lignes d'analyse identifiées se recoupent en fait largement. En effet, si la création des SIAO a eu pour vocation initiale de fluidifier les passages du système d'hébergement vers le logement, elle a principalement été vécue, à l'échelle du territoire étudiée, comme une remise en ordre des modalités d'accès à l'hébergement à l'initiative de l'État. Garant d'une inconditionnalité de l'accueil pratiquement irréalisable, le SIAO est un dispositif intermédiaire entre les structures d'hébergement et leurs professionnels, d'une part, et la Direction départementale de la cohésion sociale, d'autre part. Les injonctions contradictoires qui traversent la prise en charge (inconditionnalité de l'accueil *vs.* pénurie des places) sont propices aux comportements discrétionnaires, et aux recatégorisations des demandeurs d'hébergement par les professionnels. De telles catégorisations traduisent en réalité des arbitrages et des conflits professionnels entre la recherche d'une équité dans l'accès à l'hébergement, les représentations des professionnels sur les personnes qu'ils sont capables, ou non, d'accompagner, la distinction et la hiérarchisation de ménages tous caractérisés par leur dénuement. Le cas des fiches de signalement des situations préoccupantes fournit une illustration emblématique de la tension qui structure le système d'hébergement, entre les préoccupations de professionnels confrontés à la vulnérabilité des ménages qu'ils rencontrent et les perspectives étatiques opérant une sélection des demandeurs selon des critères qu'on a cherché à identifier à la fin de ce chapitre.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

La démarche d'analyse proposée contribue par ailleurs à illustrer les dimensions heuristiques de la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives, nettement plus complémentaires que concurrentes. Plus généralement, la gestion des places d'hébergement et leur pénurie, suggère un repositionnement de l'État dans le système de prise en charge des personnes sans-domicile et dans sa professionnalisation, qui se traduit par un contrôle accru des pratiques à l'œuvre (Demazière 2018a).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chapitre 7. Les formes de la socialisation professionnelle : la formation d'une culture professionnelle commune et ses enjeux

Dans les chapitres précédents, on s'est focalisé sur la structure du système professionnel de prise en charge afin de mettre en lumière les nombreuses relations qui existent entre travail social et travail de soin, en mettant en lumière les frontières poreuses entre dispositifs sociaux, médico-sociaux, voire sanitaires. Cette porosité est propice à la diffusion de représentations et de compétences plus ou moins partagées entre ces acteurs, à l'origine de la formation et du partage d'une culture professionnelle commune. Divers processus de socialisations professionnelles se font jour dans le cadre de la prise en charge. Ce chapitre propose de les restituer afin d'en étudier les effets en termes de professionnalisation de la prise en charge de la question SDF. La socialisation professionnelle peut être définie comme l'acculturation d'un individu ou d'un groupe aux représentations et aux pratiques en vigueur dans un cadre de travail donné (Baszanger 1981, 1983 ; Darmon 2006), celle-ci influant en retour sur ce cadre de travail, et sur les identités biographiques et professionnelles (Dubar 1992). Elle s'exerce d'abord lors de temps de formation, à travers un processus d'anticipation par lequel des agents ajustent leurs représentations par rapport à ce qu'ils pensent être la réalité du travail à accomplir, des conditions qui l'encadrent et des valeurs qui le structurent (Merton, Reader, et Kendall 1957), mais aussi par des formes d'adaptation, voire de résistance et de redéfinition de ces représentations en situation (Becker, Geer, et Hughes 1961). Toutefois, ce chapitre s'inscrit davantage dans le prolongement des études sur la socialisation professionnelle *en poste*, dont l'analyse de permet de saisir « *l'ajustement entre l'individu et le poste, le moment où les individus se font tout en faisant le poste* » (Muel-Dreyfus 1983, p. 9). Cette perspective insiste davantage sur la confrontation directe au travail, à son cadre et à ses contraintes, sur les éventuels déceptions, surprises, voire chocs (Malochet 2004), qui résultent de l'écart entre travail enseigné et travail réalisé (Freidson 1970a ; Baszanger 1983 ; Zolesio 2012), et entre dispositions acquises et adaptations aux situations de travail (Berger et Luckmann 1966 ; Paillet 2007 ; Serre 2009 ; Darmon, Pichonnaz, et Toffel 2018).

L'ambition de ce chapitre est de détailler plusieurs formes de socialisations professionnelles repérées au cours de l'enquête, dans le cadre du travail de prise en charge. Elles peuvent être complémentaires, mais aussi parfois contradictoires, et ont des effets sur les modalités d'accompagnement des personnes sans-domicile. La première section est consacrée aux temps d'échanges internes aux dispositifs étudiés ; ils ont pour fonction de transmettre des informations, de débattre, ou encore de prendre des décisions collectives. De façon plus

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

générale, ils visent à harmoniser les pratiques pour mettre en adéquation un projet collectif formellement identifié – la réinsertion des usagers du système de prise en charge – et des projets associatifs plus ou moins originaux. Ils sont aussi l'occasion de définir collectivement les problèmes à résoudre et les solutions à mettre en œuvre, et sont au cœur d'un travail d'inférence des professionnels de la prise en charge, déjà mis en lumière dans le chapitre précédent (section 1). La deuxième section analyse l'origine et les effets d'un réseau de santé consacré à l'accès aux soins et à la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile, en termes de socialisation des professionnels qui s'y investissent. Ce réseau contribue au décloisonnement des secteurs social et sanitaire autant qu'il s'appuie sur lui. Il vise également à trouver des solutions pratiques à des situations d'accompagnement identifiées comme « *complexes* » ou « *problématiques* » et constitue de la sorte un réservoir de ressources à disposition des professionnels du secteur (section 2). La dernière section analyse la formation d'une culture professionnelle commune et sa diffusion auprès des acteurs de la prise en charge à travers des temps d'échanges et de formation assurés par et pour les professionnels. Cette formation n'est pas synonyme d'effacement des rapports statutaires et disciplinaires : en dépit du partage de connaissances parfois abstraites ayant trait à certaines facettes de la prise en charge, la culture professionnelle commune contribue plutôt à renforcer les frontières disciplinaires en identifiant les domaines de compétence respectifs des groupes professionnels investis dans la prise en charge (section 3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 1. Les échanges professionnels en interne : organiser, formaliser et diviser le travail de prise en charge

Cette première section concentre l'analyse sur les modalités de socialisation propres aux dispositifs investis. Dans cette optique on fait montre que les temps d'échange jouent un rôle central dans la diffusion et l'harmonisation des pratiques et représentations professionnelles. De fait, la socialisation ne se limite pas à ces temps d'échanges : les précédents chapitres ont permis de montrer qu'à travers la division du travail, l'appropriation ou la délégation de tâches par certains segments professionnels, cette socialisation (s')opère aussi par l'apprentissage diffus des rôles et des statuts, ainsi que des pratiques et représentations qui leur sont associées. Il apparait néanmoins pertinent de se focaliser sur les temps d'échange très nombreux, en réalité omniprésents, qui participent également de la socialisation professionnelle des acteurs de la prise en charge (Avril, Cartier, et Serre 2010 ; Darmon, Pichonnaz, et Toffel 2018). Ces temps d'échange sont en effet une modalité de conscientisation et d'explicitation, plus ou moins marquée, des bonnes et des mauvaises pratiques professionnelles. De façon générique, on peut considérer que toute interaction entre deux ou plusieurs personnes est un temps d'échange. Deux critères permettent néanmoins de restreindre le champ d'étude : le contexte dans lequel elles ont lieu, d'une part ; les acteurs en présence, d'autre part. Pour le contexte, sont considérées ici les interactions où deux acteurs de la prise en charge, ou davantage, discutent sur leur lieu de travail ou au cours de leurs horaires de travail[165]. Pour les acteurs en présence, toute personne jouant un rôle dans la prise en charge et reconnue par ses pairs pour cela est susceptible d'avoir ce type d'échanges. Ces derniers ont presque toujours lieu en l'absence des personnes accompagnées. Les chapitres précédents ont montré que de nombreuses interactions, formelles ou non, ont lieu avec les usagers : dans la quasi-totalité des cas, ces interactions relèvent directement du travail d'accompagnement. À l'inverse, les temps d'échange étudiés ici renvoient précisément à des interactions et des discussions entre acteurs de la prise en charge caractérisées par *l'absence souhaitée* des personnes accompagnées, y compris et surtout lorsqu'elles sont l'objet de ces échanges.

Le premier type d'échanges professionnels observés relève de l'informel : il s'agit d'une part d'interactions liées aux conventions sociales de politesse et, d'autre part, d'échanges aléatoires, non prévus dans l'organisation des dispositifs étudiés et mêlant fréquemment contenus professionnels et extra-professionnels (I). Un second type d'échanges renvoie aux temps de réunion. Ils sont l'occasion de délibérations permettant d'identifier et de qualifier la

[165] Il est bien sûr possible que des temps d'échange à caractère professionnel aient lieu en dehors des lieux et horaires de travail, dans la vie privée des salariés d'une association. À l'exception de quelques participations à des parties de football le dispositif d'enquête n'a pas permis de les prendre en compte.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nature de certains problèmes, qu'ils touchent au fonctionnement des dispositifs ou à la situation des personnes accueillies (II).

I. Les échanges professionnels informels : rapports sociaux et sociabilités

Afin de souligner les modalités de socialisation à l'œuvre à travers les temps d'échanges entre professionnels, on se focalise dans un premier temps sur les échanges informels, c'est-à-dire non prévus dans l'organisation des dispositifs étudiés. Deux types d'échanges sont étudiés. Le premier regroupe les conventions sociales de politesse et les usages dont elles font l'objet, usages qui se superposent à la division du travail décrite précédemment et tendent à rappeler au quotidien les hiérarchies à l'œuvre dans le cadre de la prise en charge (1). Le second type renvoie à des échanges imprévus, ayant lieu lors d'interactions et dans des lieux aléatoires. Ces échanges sont nombreux et tendent à mêler contenus professionnels et extra-professionnels (2).

1. Les usages des conventions

Saluer lors du début et de la fin de journée de travail, demander comment cela va, prendre des nouvelles d'une personne ou de sa famille, font partie des conventions profondément ancrées dans les rituels sociaux des organisations étudiées – et bien au-delà (Goffman 1973 ; Bourdieu 1982). Leur dimension informelle réside ici dans le fait que ces échanges ne sont pas intégrés au fonctionnement des dispositifs et à l'organisation du travail de prise en charge. Parce qu'ils s'observent dans un cadre professionnel, ils en sont pourtant étroitement dépendants. Dans le cadre d'une analyse de la professionnalisation, l'intérêt d'évoquer les conventions sociales tient à leurs usages, qui se superposent à la division du travail et aux hiérarchies qui en découlent. L'analyse proposée par Alex Alber à propos du choix du pronom dans les relations professionnelles peut être élargie aux conventions de politesse : celles-ci, comme le recours différencié au tutoiement, sont « *un marqueur et un vecteur du changement organisationnel et avec lui des rapports de pouvoir dans les organisations* » (Alber 2019). On se focalise ici sur les manières de saluer, dont l'observation systématique est simplifiée par rapport à d'autres échanges conventionnels de politesse (sur l'état de santé, sur les proches, sur le déroulement de la journée, etc.), mais on peut penser que des distinctions similaires pourraient être observées dans d'autres types d'échanges informels. Dans la plupart des dispositifs investis, les usages des conventions sont très marqués par des distinctions,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

principalement de genre, plus marginalement de race et de statut, l'enquêteur étant lui-même pris dans ces usages distinctifs (encadré 7.1).

Encadré 7.1 : l'enquêteur face aux conventions sociales.

En tant qu'observateur progressivement intégré au quotidien des dispositifs, j'ai été le sujet et l'objet de ces conventions de politesse. Par défaut, je serrais la main lors d'une première rencontre, puis autant que possible j'ai laissé l'initiative à mes interlocuteurs de « choisir » les manières de saluer. C'est en tant que jeune homme blanc que j'ai été l'acteur de ces interactions ; quant à mon statut, ces conventions m'ont permis d'observer qu'en dépit d'hésitations (étais-je étudiant, stagiaire, bénévole, sociologue ?), j'ai été assimilé au groupe des professionnels accompagnants – quand d'autres interactions m'ont davantage renvoyé tantôt à une proximité avec les professionnels encadrants (par exemple au CHRS 2, où j'ai un temps été assimilé à un « espion » de la direction), tantôt aux bénévoles (notamment à l'accueil de jour et du fait des tâches que j'y ai réalisées).

Le premier type de distinctions observables dans les manières de saluer, particulièrement marquées sur l'ensemble des terrains investis, sont celles qui se rapportent au genre. À statut professionnel similaire ou proche, les femmes sont plus systématiquement amenées à embrasser (une bise sur chaque joue) l'ensemble de leurs interlocuteurs, hommes ou femmes. La plupart du temps, ce constat vaut également lors d'interactions avec des personnes jamais rencontrées auparavant. Les hommes se serrent la main entre eux, hormis lorsqu'une familiarité particulière liée à l'ancienneté de l'interconnaissance ou l'amitié justifie qu'ils s'embrassent. La prégnance des inégalités genrées et sexuelles dans tous les pans de la société (Maruani 2013, 2017 ; Rennes et al. 2016) suggère que ces usages genrés des conventions de politesse ne sont pas propres aux dispositifs observés, mais qu'ils dépassent largement le secteur de la prise en charge des personnes sans-domicile ainsi que l'univers du travail. Ils relèvent d'attentes et de valeurs traditionnellement assignées aux genres : force, distance, fierté « masculines » – disponibilité, douceur, bienveillance « féminines ») et d'une sexualisation accrue de la féminité, supposée justifier un contact physique rapproché (Goffman 1977[166]).

[166] Yves Winkin (1990) a souligné avec précision les ambigüités des analyses de Goffman sur les jeux de rôles et les assignations identitaires entre les sexes, ambigüités qui ont amené des auteures féministes à en dénoncer le sexisme. Dans son article, Winkin souligne d'emblée que Goffman « *mérite cette critique* », tout en renversant en partie le stigmate en s'attachant, à partir de l'étude de deux textes, à « e*n montrer toute l'ambigüité – qui en fait tout l'intérêt* » (Winkin 1990, p. 57). La principale critique réside dans ce qu'il n'a « envisagé la femme que dans un rapport nécessaire à l'homme, comme s'il n'y avait de femme que mariée » (p. 58). En gardant à l'esprit ces critiques, on peut néanmoins retenir de l'analyse goffmanienne la notion de « *réflexivité institutionnelle* », que l'on peut définir comme l'inscription dans l'organisation sociale d'un ensemble de différenciations fondées sur des stéréotypes, ici de genre. Chez Goffman, la réflexivité institutionnelle ne désigne pas un dévoilement critique susceptible de contribuer à renverser ou modifier l'ordre social. Au contraire, elle renforce nos propres systèmes d'identification : ainsi de la séparation genrée des toilettes, des socialisations primaires différenciées des filles et des garçons, de la division sexuelle du travail (domestique et économique) ou encore des systèmes d'interactions au cours desquelles l'assignation d'une identité entre interlocuteurs amène ces derniers à agir, parler, se comporter, de manière conforme à cette identité assignée. Les usages des conventions de politesse fournissent un matériau propice à l'observation de la réflexivité institutionnelle.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

À cette tendance particulièrement marquée, deux exceptions notables peuvent être opposées : au cours de l'enquête, une éducatrice a systématiquement refusé d'embrasser ses collègues, hommes ou femmes, en manifestant son souhait de maintenir une distance physique ; par ailleurs, un infirmier revendiquant ouvertement son homosexualité tendait à saluer ses collègues masculins et féminins en les embrassant. Il m'a aussi proposé rapidement cette forme de salutation, alors que cela ne s'est produit que sur la fin de l'enquête de terrain avec ses collègues masculins du même dispositif – et qui plus est après avoir joué au football avec eux. De fait, il est difficile de généraliser à partir de ces deux cas isolés. Dans le premier, on peut faire l'hypothèse d'une volonté de maintenir une distance témoignant d'une forme de professionnalisme, celui-ci étant associé au respect des conventions et à des échanges limités en dehors du cadre de travail ; on peut également penser que cette salariée témoigne d'une aversion particulièrement marquée pour le contact physique – qui pourrait ne pas se limiter à son entourage professionnel. Dans le second cas, on peut faire l'hypothèse d'une volonté d'euphémiser les clivages de genre en les transgressant, ou d'une incorporation des représentations hétéronormées assignant aux hommes homosexuels des pratiques communément attribuées aux femmes (Rennes et al. 2016). Les deux explications ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

La seconde distinction qui se fait jour est d'ordre racial. De fait, cette distinction se voit principalement dans les interactions qui mettent en scène les personnes chargées du « sale boulot » (Hughes 1962) dans les organisations étudiées : agents d'entretien, femmes de ménage, agents de sécurité. Comme on l'a évoqué dans les précédents chapitres, ces dernières sont presque toutes noires ou arabes. Si elles sont saluées oralement et si des échanges conventionnels de politesse ont lieu, les contacts physiques sont le plus souvent limités à des saluts manuels. Quelques femmes de ménage et chargées de restauration plus âgées, entre 45 et 60 ans, témoignent de leur ancienneté au sein des dispositifs précisément parce qu'elles embrassent les autres professionnels. Par ailleurs, certains salariés, et notamment les agents de sécurité, pour la plupart des hommes noirs âgés entre 25 et 45 ans, « checkent » lorsqu'ils ne se serrent pas la main, c'est-à-dire se tapent les mains selon des mini-chorégraphies ritualisées, plus ou moins complexes et individualisées. Ce type de salutations est particulièrement répandu auprès des jeunes hommes indépendamment de leur couleur de peau, mais reste originellement associé à des figures masculines racisées, telles que les sportifs de haut niveau ou les rappeurs, figures de réussite individuelle pour des groupes structurellement dominés (Liebow 1967 ; Anderson 1990, 1999 ; Bourgois 1999). Ce type de salutations existait moins entre ces salariés eux-mêmes qu'avec une partie des travailleurs sociaux, et notamment les jeunes hommes blancs qui maitrisaient ces codes. Une exception notable concerne les professionnels accompagnants non-blancs. Ces derniers sont minoritaires au sein des dispositifs investis. Dans leurs cas, les salutations étaient similaires à celles des salariés blancs de même statut. Cela suggère que le

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

statut plutôt que la race détermine la distinction dans les manières de saluer : cette dernière ne semble pas constituer un facteur primaire de distinction des usages conventionnels de politesse, contrairement, par exemple, à ce qu'ont pu observer Nicolas Jounin auprès des travailleurs intérimaires du bâtiment (Jounin 2004, 2008), ou Philippe Bourgois au sein d'une plantation bananière (Bourgois 1989), contextes où les identifications raciales et les stéréotypes associés constituent le premier facteur de différenciation des travailleurs et se muent dès lors en assignations racistes (Guillaumin 1972). Ceci dit, il n'en reste pas moins que la surreprésentation des personnes racisées parmi les professionnels chargés du « sale boulot » n'est pas anodine, mais renvoie aux multiples discriminations dont elles sont l'objet, dans le domaine du logement (Sala Pala 2013 ; Bourgeois 2013), de l'emploi (Bataille 1997 ; Chappe et Keyhani 2018), de l'éducation (Druez 2016 ; Véniat 2016), etc. De sorte que les formes de salutations réservées aux personnes chargées de l'entretien, de la restauration ou de la sécurité témoignent en réalité de la superposition des assignations raciales et statutaires dans la division du travail (Weill 2017).

Ce point amène à évoquer le dernier clivage, d'ordre statutaire. On vient de le dire : les clivages raciaux se superposent très largement à des clivages sociaux et statutaires, la quasi-totalité des postes subalternes étant occupés par des personnes non blanches. À l'opposé, dans les dispositifs qui ont été investis, les postes d'encadrement sont majoritairement occupés par des hommes blancs (trois directeurs de pôle, cinq chefs de service), plus marginalement par des femmes blanches (une directrice de pôle, deux cheffes de service,). Les usages des conventions de ces professionnels encadrants doivent davantage être reliés à leurs trajectoires professionnelles. Les chefs de service, femme ou homme, ont tous entamé leur carrière à un échelon inférieur dans le secteur de l'exclusion, le plus souvent en tant qu'éducateur-trice spécialisé-e : dans leur cas, c'est la distinction genrée des usages des conventions de politesse qui prévaut, et elle s'applique comme évoqué précédemment (bises entre femmes ou entre hommes et femmes, poignée de main entre hommes). Une différence remarquable peut néanmoins être soulignée : aucun effet d'interconnaissance n'a été observé dans le cas des chefs de service – mais de tels effets ne sont directement observables qu'avec les hommes, lorsqu'ils s'embrassent plutôt que de se serrer la main. Cet élément suggère que le statut joue ici un rôle prépondérant et tend à annuler les effets de familiarité de l'interconnaissance. La situation des quatre directeurs de pôle est différente. Dans leur cas, l'ancienneté dans le secteur de l'exclusion, ainsi que leur âge, paraissent déterminer leurs échanges conventionnels. Les deux premiers directeurs travaillent dans le secteur de l'exclusion depuis cinq ans ou moins. L'un d'eux est diplômé de Sciences Po Paris et incarne bien la nouvelle génération d'acteurs investis dans ce secteur pour œuvrer à sa modernisation (Chéronnet et Gadéa 2009) : son recrutement fait suite à la fusion qu'il est parvenu à réaliser entre une petite structure d'hébergement (d'où il est issu) et l'association qui l'a par la suite embauché en tant que chef de pôle. Il vouvoie

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

certains salariés et en tutoie d'autres, sans que l'observation ait permis d'identifier le critère déterminant cette différence. La directrice du second CHRS travaille quant à elle dans le secteur médico-social depuis longtemps, mais depuis moins d'un an dans le secteur de l'exclusion. Elle a été embauchée avec pour principale mission de rétablir l'équilibre budgétaire de sa structure employeuse, ce qui occasionne de nombreuses tensions avec les travailleurs sociaux. Elle vouvoie systématiquement ces derniers et est la seule professionnelle rencontrée au cours de l'enquête pour laquelle l'identité de genre est neutralisée par le statut dans l'usage des conventions. Tous les deux serrent la main à tous leurs collègues indépendamment de leur genre, leur statut ou leur race. Par la poignée de main et l'usage du vouvoiement, il et elle marquent assez nettement une distance physique, sociale et symbolique vis-à-vis de leurs collègues occupant des positions subalternes. S'il est porteur d'un respect indifférencié selon le profil des interlocuteurs, ce geste est producteur de déférence, précisément parce qu'il marque l'asymétrie statutaire et signale qui est titulaire de l'autorité (Goffman 1951, 1956 ; Dubois 1999).

À l'inverse, les deux autres directeurs de pôle font preuve de la même distinction genrée que les autres salariés dans leurs usages des conventions de politesse : ils embrassent leurs collègues femmes et serrent la main à leurs collègues hommes. Tous deux travaillent de longue date dans le secteur de l'exclusion, dont ils ont progressivement gravi les échelons (travailleur social ou bénévole, puis chefs de service, puis directeurs de pôle). Dans leurs cas, c'est l'expérience professionnelle et la connaissance du secteur de l'exclusion plutôt que le diplôme qui justifie qu'ils occupent un poste de direction[167]. Une relative familiarité se fait jour dans leurs relations avec leurs collègues occupant des positions subalternes, qui suggère une moindre distance sociale avec ces derniers. Ces divers éléments permettent d'avancer que les hiérarchies statutaires liées à l'organisation et la division du travail se traduisent dans les usages des conventions de politesse. En retour, ces usages différenciés sonnent comme un rappel diffus, mais quotidien, de ces hiérarchies et des rapports sociaux à l'œuvre sur le lieu de travail. La socialisation professionnelle se trouve prise dans des processus plus généraux, en apparence anodins, mais qui influent sur elle et sur lesquels elle influe en retour.

2. Les échanges informels, entre contenus professionnels et extra-professionnels

Au-delà des conventions de politesse, on observe de nombreux échanges informels au sein des dispositifs investis. L'organisation de l'espace est propice à de tels échanges, puisque

[167] Hélène Chéronnet et Charles Gadéa soulignent qu'avant la refonte de la filière « *la promotion interne constitue la principale voie d'accès, selon une trajectoire professionnelle type qui passe du statut de travailleur social à celui de chef de service éducatif, puis de directeur* » (2009, p. 74).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dans les quatre dispositifs qui ont fait l'objet d'une étude ethnographique, des bureaux collectifs ou semi-collectifs sont à disposition des professionnels. Si des salles d'entretiens individuels existent par ailleurs, ces dernières sont réservées à des échanges plus formels avec les personnes accompagnées ou entre professionnels. Divers échanges ont également lieu dans les couloirs des structures ou à l'extérieur des bâtiments lors de pauses cigarette. La principale spécificité des échanges informels qui ont cours sur le lieu de travail est qu'ils peuvent allègrement mêler contenus professionnels et extra-professionnels ou passer de l'un à l'autre sans transition (encadré 7.2).

Encadré 7.2 : notes de terrain, les échanges informels.

16 décembre 2015, matinée au CHRS 1.

Lorsque j'arrive dans le bureau des moniteurs-éducateurs (ME), quelques personnes sont en train de discuter : Alvès, Colin, Lydie sont là. Tous les trois sont ME, Alvès est en apprentissage. Nous échangeons quelques paroles, demandons des nouvelles des uns et des autres. Alvès et Colin parlent de foot : tous deux font des paris sportifs et supportent des équipes opposées. Ils ont de nombreuses discussions sur ce sujet, de nombreuses insultes aussi, même s'ils s'entendent bien et semblent très amis. Lydie, concentrée sur un dossier qu'elle remplit sur l'ordinateur, ne réagit pas aux échanges de ses deux collègues.

Avant même que j'aie le temps de demander s'il y a du nouveau depuis la veille, Alvès évoque la « *dernière crise de Yasmina* », à propos de laquelle Lydie ne semble pas au courant, car elle s'est passée tôt dans la matinée. Colin renchérit, disant qu'il n'en peut plus de l'entendre crier ; les deux hommes l'imitent, avec plus ou moins de succès. Lydie sourit mais ne dit rien. Colin se demande tout haut ce qu'il faudrait faire pour l'aider : Lydie rappelle qu'il a été envisagé de la faire passer en service d'insertion, pour qu'elle soit davantage « *confrontée à l'autonomie, quitte à se prendre un mur* », c'est-à-dire à échouer dans son parcours. Personne ne rebondit, les éducateurs paraissent sceptiques.

Valérie, éducatrice spécialisée, entre à ce moment : elle salue tout le monde par une bise sur chaque joue, et les échanges non-professionnels reprennent autour de l'état de santé de son fils cette fois. Puis Colin embraye sur le programme du weekend et j'apprends que tous doivent sortir le soir même en boite de nuit : ils évoquent la dernière soirée similaire, et se moquent les uns des autres quant à leur état d'ébriété. Alvès dit qu'il devra « *faire gaffe* », car il travaille tôt le lendemain. Les autres se moquent de lui, il répond avant de solliciter de l'aide pour le « *tour des chambres* ». Colin lui demande quelle équipe de foot il soutient, feignant de conditionner son aide à la réponse qui sera donnée : Alvès répond par un doigt d'honneur, tandis que Valérie se propose pour l'accompagner.

***

4 mars 2016, après-midi au CHRS 2.

Lorsque j'arrive, Éloise, Caroline et Renaud (tous trois ES) sont dans le bureau collectif. Ils discutent de leurs horaires de travail et de leur planning du mois à venir. Éloise est remontée : elle enchaine les soirées et se plaint ne pas pouvoir voir son fils. Renaud est satisfait car le planning du mois à venir lui permet d'avoir du temps pour faire du sport. Caroline rit, dit que Renaud pourrait être plus compatissant. Elle enchaine sur son nouveau suivi, qui lui parait « *complexe* » et soupire. Renaud lui pose quelques questions, Caroline n'a pas grand-chose à répondre si ce n'est qu'il n'a pas donné suite à deux propositions successives de rendez-vous et qu'il ne semble pas très présent dans le CHRS. Renaud et Éloise rigolent, Renaud lui souhaite « *bonne chance* », avant d'annoncer qu'il est en weekend et compte bien en profiter.

Ces deux situations montrent l'hybridation des contenus professionnels et extra-professionnels dans les échanges informels, les salariés passant sans transition d'un registre à l'autre. Deux fonctions socialisatrices se font jour : une de socialisation professionnelle, qui

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

repose sur le partage d'informations, l'échange autour d'une situation ou d'une difficulté rencontrée dans le cadre de la prise en charge, et sur la sollicitation de l'avis des collègues ; une autre de sociabilité, qui participe à la formation de liens dépassant les relations professionnelles et contribue à les renforcer (Schwartz 1990). De fait, la distinction opérée ici entre ces deux fonctions a une valeur analytique, toutes deux étant amenées à se renforcer réciproquement dès lors qu'elles affectent les mêmes personnes : l'entrelacs des sociabilités et des matrices de socialisation a été particulièrement étudié au sein des mondes ouvriers, plusieurs auteurs soulignant les liens étroits, parfois quasi inséparables, entre sociabilités populaires et professionnelles, d'une part, et socialisations professionnelles et politiques, d'autre part (Beaud et Pialoux 1999 ; Mischi 2003 ; Pigenet 2003).

Les sociabilités entre professionnels participent de la cohésion du groupe. Elles se fondent principalement sur deux critères : en premier lieu, l'existence de schèmes affinitaires, qui se traduisent par le partage d'activités (pêche, repas, verre, football…) en petits groupes. On retrouve, dans ces situations, des clivages générationnels et de genre assez marqués (Bidart 1988 ; Schwartz 1990) : dans le CHRS 1, les jeunes professionnels, hommes et femmes, ont l'habitude de sortir ensemble le vendredi ou le samedi soir, dans des bars ou des discothèques. Dans le CHRS 2, ce sont au contraire les salariés les plus âgés et les plus anciens, principalement des hommes, qui vont régulièrement boire des verres ensemble, le plus souvent à la sortie du travail. Les sociabilités genrées s'observent de façon encore plus nette dans le cadre de parties de football, organisées par les maraudeurs et les écoutants du 115 : si une maraudeuse y a participé à deux reprises – avec son mari –, elles sont apparues nettement comme des temps de sociabilité masculine – au même titre que les parties de football décrites par Nicolas Renahy dans un contexte différent (Renahy 2005). Elles sont le plus souvent suivies d'un verre, au cours duquel les discussions mêlent facilement contenus professionnels et extra-professionnels. Au-delà des schèmes affinitaires, le second critère qui structure les sociabilités des professionnels rencontrés est l'exclusion des professionnels encadrants. Ces derniers n'ont jamais été invités à y participer, leur exclusion ayant une fonction cohésive marquée (Paradeise 1980). Les rares fois où les chefs de service ou directeurs ont effectivement pris part à ces sociabilités ont eu lieu dans le cadre d'évènements plus directement liés au contexte de travail. Dans le cas des maraudes et du 115 par exemple, le directeur de l'association organise chaque année un barbecue pendant le temps de travail au mois de juin : chacun peut y participer tout en s'assurant de respecter ses horaires de travail – notamment les écoutants du 115 -, marquant l'ambiguïté d'un tel évènement. Ce type de sociabilités rappelle les séminaires d'entreprise, au cours desquels les temps de travail et de loisirs se confondent dans l'optique de favoriser l'esprit d'équipe, la cohésion du groupe mais aussi et surtout, de façon moins affichée, sa productivité.

Un autre point doit être souligné à propos des échanges professionnels informels : pour l'enquêteur, ce type d'échanges est particulièrement précieux dans la mesure où il donne accès

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

à un ensemble de réflexions, de représentations, de prises de position et de mécanismes indirectement ou partiellement accessibles par l'observation des temps formels du travail de prise en charge : autrement dit, c'est le « *texte caché* » (Scott 2008) des professionnels de la prise en charge, qui devient partiellement accessible. Le plus souvent, il est fait de prises de position critiques vis-à-vis de collègues ou de pratiques en vigueur, d'anecdotes ou d'informations qui contribuent à éclairer certaines situations. On retrouve là l'un des principaux apports, largement documenté, du travail ethnographique et de l'investissement sur le temps long qu'il suppose (Bruneteaux 2018). Il donne accès à une réalité différente de ce dont les personnes enquêtées veulent bien témoigner en situation d'entretien ou lors de temps d'échanges formels (Bourgois 1999 ; Schwartz 2011). En complément de cet apport, l'étude des échanges professionnels informels a une dimension heuristique qui, articulée à l'analyse d'autres matériaux ayant trait à la division du travail de prise en charge, éclaire les processus à l'œuvre dans sa professionnalisation. Autrement dit, ces échanges s'intègrent et influent sur le travail de prise en charge, notamment en ce qu'ils contribuent à la cohésion des groupes de travail par leur fonction socialisatrice, parce qu'ils sont des moments d'harmonisation des prises de position ou, à l'inverse, d'oppositions plus ou moins marquées (encadré 7.3).

Encadré 7.3 : notes de terrain, les entretiens informels.

Jeudi 24 septembre 2015, CHRS 1.

À mon arrivée, je remarque que la porte d'entrée en verre est éclatée. J'échange des présentations avec un agent d'accueil que je n'avais pas encore rencontré, Jomo, qui m'explique qu'un usager a « *pété un câble* » la veille au soir et brisé la vitre de la porte.

Lorsque j'arrive dans le bureau des moniteurs-éducateurs, tous parlent de ça : Adrien (ME), Sophie (ME), Arthur (ES), Marion (ES), Alice (ES) sont là. Victor, le directeur, est présent et participe à l'échange. J'apprends pêle-mêle que le « *responsable* », celui qui a cassé la porte, s'appelle Sammy. « *Enragé* », et sans doute « *défoncé au speed, aux acides, à la coke et à l'alcool* », il n'a été maitrisé et calmé qu'au bout de 55 minutes par Colin (ME), qui s'est pris des coups dans les côtes et dans la tête. Selon les éducs, quelqu'un a dû lui donner quelque chose à ingurgiter ou à boire pour qu'il soit dans cet état. Victor dit que les caméras de vidéosurveillance dans les couloirs – dont j'apprends ainsi l'existence – montrent qu'il y a eu une « *soirée de défonce* » chez Sammy, avec de nombreux allers-retours. Les « *stars* » y étaient : Benzine, Yvan S., Redouane… De nombreuses personnes y sont passées, le mot a dû tourner rapidement. Adrien et Colin me proposent d'aller jeter un œil à la chambre avec eux. Elle est dans un état catastrophique : le mécanisme de la fenêtre est cassé, les restes d'un ordinateur portable trainent par terre avec de la nourriture, des mégots, des bouteilles vides, des paquets de feuilles à rouler, des « *souris* » de cigarette et un « *grinder* », qui témoignent de l'usage de cannabis, en masse… La télévision, normalement fixée au mur, a disparu, sans doute volée.

Nous redescendons dans le bureau des ME. Adrien a l'air dépité, voire énervé. Il m'explique que Sammy a emménagé peu de temps auparavant dans le studio, le 9 septembre (15 jours avant). Avant cela, il avait passé 2 ans à l'hôtel social en stabilisation. Lui et d'autres disent que « *c'était trop d'un coup* » : Sammy a récemment obtenu le studio, un emploi en lien avec le service d'insertion par l'activité économique de l'association, ainsi que la possibilité de faire un voyage humanitaire au Brésil. L'accident arrive la veille de son départ au Brésil : pour tous les éducs, c'est « *forcément lié* », ils y voient une « *décompensation* » témoignant du fait « *qu'il n'était pas prêt* » et qu'il s'agit d'une « *mise en échec* ».

S'enchaine une discussion sur les suites à donner à l'incident. Il ne reste qu'Adrien, Colin, Lydie (ME), Marion, Laurence. Tous ont l'air abattus, et sont déjà persuadés que Sammy va être renvoyé du CHRS,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

alors qu'ils semblent s'y opposer, y compris Colin, qui a pris les coups : « *Ils [les chefs] vont vouloir le renvoyer, ils peuvent pas laisser passer ça* », dit Adrien. Tous soulignent pourtant les progrès de Sammy dans son parcours, qu'ils lient explicitement à leur travail. Pour tous, si Sammy est renvoyé, « *c'est la fin pour lui* », il ne pourra pas rebondir après cette mise en échec. La question est alors de savoir si les éducateurs auront, ou non, leur mot à dire.

***

3 mars 2016, maraudes en voiture.

Dans la voiture avec Chaïma, infirmière détachée par l'hôpital pour la période de veille saisonnière, j'apprends qu'il y a eu un « *clash* » entre les maraudeurs et l'équipe mobile psychiatrie-précarité. Le ton est monté et des gens ont crié : le 115 et le secrétariat, pourtant à l'étage, ont entendu des bruits et se sont levés pour savoir ce qu'il se passait. Chaïma m'explique que Frédéric, l'infirmier du Samu social, s'est plaint du fait que comme d'habitude, les infirmiers et le Samu social faisaient tout le travail de la psychiatrie dans la rue alors qu'ils sont censés se limiter aux soins somatiques et à l'accompagnement social. C'est ce qui aurait fait réagir Jonathan, infirmier de l'EMPP, qui a « *lâché* » son téléphone portable, auquel il est pourtant toujours collé, pour s'énerver. Je regrette de n'avoir pu être présent à cette réunion, mais remercie Chaïma. de m'avoir tenu au courant.

Dans ces deux situations, j'apprends des éléments qui touchent à l'organisation et au travail de prise en charge. Cette dimension est d'autant plus intéressante qu'elle s'inscrit dans des situations de narration et de prise de position des professionnels sur leur travail. La première situation est ainsi particulièrement représentative de la fonction socialisatrice des échanges informels : les éducateur-trice-s présent-e-s dans le bureau profitent du flottement lié à l'incident pour harmoniser leur ressenti et leur positionnement quant à la suite à donner à l'accompagnement de Sammy. Cette discussion informelle aura des effets sur des échanges, formels cette fois, au cours desquels les chefs de service et les éducateurs débattront ensemble des suites à donner à l'incident. La deuxième situation me permet d'avoir accès à des informations relatives aux relations entre la psychiatrie et le travail social dans le secteur de l'exclusion. Il s'agit en fait de l'évènement déclencheur d'une réorganisation du travail d'articulation de la veille sociale et de la veille sanitaire, dans des rapports par ailleurs longtemps conflictuels entre ces différents professionnels. En somme, les temps d'échanges informels, très nombreux au cours d'une journée de travail, jouent différents rôles : ils permettent de passer des informations, d'harmoniser des points de vue ou au contraire de débattre autour de désaccords, de partager des difficultés relatives au travail de prise en charge… Ils participent également aux sociabilités des acteurs de la prise en charge, et ont ainsi une fonction cohésive. En s'articulant étroitement à des éléments qui ne relèvent pas directement du travail de prise en charge, mais davantage des vies privées des professionnels, ils ont une fonction socialisatrice essentielle, dans la mesure où ils s'appuient sur, autant qu'ils nourrissent, les hiérarchies, représentations et pratiques en vigueur dans le cadre de la prise en charge.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

II. Les échanges formels : temps de concertation, d'organisation et de décision

Contrairement aux échanges informels qui peuvent avoir cours presque à tout moment de la journée et en tout lieu, les échanges formels désignent des temps de réunion et de discussion inscrits dans l'organisation des dispositifs ou dans les agendas individuels des professionnels, et se tenant dans des endroits prévus à cet effet. Dans tous les dispositifs observés, au moins une réunion hebdomadaire avait lieu à horaire et jour fixes, permettant le partage d'informations sur le travail de prise en charge passé ou à venir. Au-delà de leur dimension strictement informationnelle, ces réunions sont aussi l'occasion de faire le point sur l'état du dispositif et les situations des personnes accompagnées, d'évoquer les problèmes rencontrés par les usagers et les professionnels, de débattre et de prendre des décisions ayant trait à l'accompagnement. Le cas échéant, ces décisions sont prises précisément à propos de situations caractérisées par le fait qu'elles n'ont pas pu, pas su ou pas voulu être traitées de façon isolée par les professionnels chargés de le faire. Cette démarche est emblématique du travail d'inférence, dont Abbott souligne qu'il peut être observé de façon systématique entre le temps du diagnostic – l'identification du problème à résoudre – et celui du traitement – la mise en œuvre de solutions identifiées pour ce problème –, et tout particulièrement lorsque « *le lien entre le diagnostic et le traitement est obscur*[168] ». Si tout professionnel réalise individuellement des opérations d'inférence afin de mettre en adéquation diagnostics et traitements, l'intérêt sociologique de l'observation des réunions est que celles-ci donnent à voir un travail d'inférence collectif, au cours duquel se confrontent des représentations et des définitions différentes, voire concurrentes du problème à résoudre. On peut ainsi identifier trois types principaux de situations qui nécessitent des prises de décisions concertées et collectives, sans être pour autant unanimes ni même majoritaires, les décisions restant étroitement liées aux hiérarchies en vigueur au sein des dispositifs : les questions organisationnelles (1) ; les situations « problématiques » (2) ; et les questions à dimension disciplinaire (3).

1. Les questions organisationnelles : produire le cadre du travail

Le premier type de situations qui font l'objet de concertations dans le cadre des dispositifs de prise en charge concerne les problèmes d'organisation. Dans l'ensemble, ces problèmes témoignent d'une verticalité assez marquée dans leur traitement : ils sont gérés par les professionnels encadrants, chargés d'assurer le bon fonctionnement du dispositif. Dans la

[168] « *Inference is undertaken when the connection between diagnosis and treatment is obscure* » (Abbott 1988, p. 49).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

quasi-totalité des réunions observées, les points organisationnels sont énoncés en début de réunion. Le temps qui leur est consacré est le plus souvent assez court, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit le plus souvent d'une transmission unilatérale d'informations. Ces dernières peuvent susciter des questions voire des contestations, mais elles font rarement l'objet de délibérations (encadré 7.4).

Encadré 7.4 : notes de terrain, les questions organisationnelles en réunions d'équipe.

22 septembre 2015. Réunion d'équipe du CHRS 2.

[…] Après une pause, la réunion reprend : les sujets sont sensibles et il y a de très nombreux reproches adressés à la direction quant à sa gestion du dispositif. La première est celle de l'agencement des chambres et des personnes, ainsi que celle de l'attribution des étagères. Les échanges sont rapides, tout le monde semble un peu résigné. L'impression dominante est que tout agencement produira de toute façon des problèmes. Ce point est rapidement expédié.

Le second est sensible, il touche au déficit financier. Sandrine et Boris, chefs de service, précisent que cette année, un déficit de 70 000 euros a été constaté quant aux « *participations* » des hébergés. Par conséquent, les chefs de service indiquent la fin de l'outil de « *mise à pied* », qui consiste à interdire l'accès à l'hébergement sur une courte durée (quelques heures, une ou deux journées) à un hébergé n'ayant pas versé sa participation. Désormais, des « *fins de prise en charge* », soit l'exclusion, seront davantage privilégiées. Peu de réactions des éducs, qui ne semblent pas en désaccord.

Le dernier point, le plus anecdotique en apparence, sera aussi le plus discuté. Il concerne les repas servis au déjeuner par les CHRS. Les chefs de service évoquent avec ironie un « *point passionnant* » dont les a chargés la direction. Ils annoncent aux éducs que désormais, les hébergés devront s'inscrire en début de semaine pour l'ensemble des repas de la semaine. Qu'en cas de non-respect de leur inscription, le repas leur sera facturé et qu'en cas de non-inscription, ils ne pourront pas manger. Les éducs paraissent exaspérés, ils demandent une justification : celle-ci est d'ordre budgétaire, il s'agit de réaliser des économies sur les repas. L'exaspération redouble, les chefs de service paraissent d'accord mais tiennent leur rôle : ils transmettent l'information, sans la défendre mais sans la critiquer directement non plus. Renaud (ES) dit que « *ça ne marchera pas* », une autre que « *on ne peut pas refuser un repas à quelqu'un* ». José (ES), cynique dit « *qu'on peut aller toujours plus loin dans le répressif* » - alors que personne, pourtant, n'a réagi à l'annonce des fins de prise en charge sur le point précédent. Les éducs font valoir l'impossibilité de la plupart des hébergés à se projeter plus loin que le lendemain, voire quelques heures. Les chefs de service acquiescent, mais répètent que la décision « *vient d'en haut* ». C'est à eux de la transmettre, et c'est aux éducs de la faire appliquer.

***

30 septembre 2015. Réunion d'établissement regroupant les dispositifs départementaux (HU, Stab, insertion, diffus).

L'ambiance est plutôt détendue, jusqu'à ce que la directrice entre dans la salle, ce qui provoque une crispation marquée par le silence collectif. [Différents points sont abordés concernant des travaux sur les différents dispositifs : sur l'ascenseur et le portail du CHRS, pour l'électricité dans les sanitaires de l'HU, sur les souris dans l'accueil de jour de Dunkerque…, puis vient la question des repas].

La directrice revient sur l'obligation d'inscription aux repas, en vigueur depuis une semaine, mais peu respectée par les hébergés. Elle semble vouloir faire un travail pédagogique auprès des éducs : elle met en avant les raisons de coût en premier lieu, expliquant qu'elle n'a « *pas le choix* », et que c'est la « *contrainte budgétaire* » qui l'oblige à prendre ce genre de décisions. José (ES) intervient, calmement mais fermement, pour dire qu'il « *n'y a pas eu de dialogue sur cette question* ». D'autres prennent le relais, faisant part d'un sentiment d'injustice : on « *tape sur les doigts des résidents alors que le restaurateur a sa responsabilité* » par ses prix abusifs, son absence de flexibilité.

La directrice fait alors valoir la logique de « *responsabilisation* » qui peut être à l'œuvre dans cette mesure. Les éducs contestent fermement, soulignant que c'est justement en contradiction directe avec le travail

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

éducatif. La directrice en revient à l'argument gestionnaire, expliquant qu'il n'y a pas de marge de manœuvre. Les chefs de service interviennent finalement, proposant que la sanction soit « *modulée* » : en cas de repas réservés mais non-mangés finalement, une lettre signée des chefs de service sera d'abord envoyée aux hébergés, avant une éventuelle sanction. La proposition est finalement retenue. En sortant de réunion, l'un des éducateurs spécialisés, salarié de l'association depuis plus de 15 ans au moment de l'enquête, m'explique avoir connu quatre directions différentes et, sans être particulièrement tendre avec les trois premières, est particulièrement acerbe avec la dernière, déplorant l'absence de tout dialogue.

L'exemple des repas est très représentatif de l'asymétrie à l'œuvre dans les discussions et les décisions qui touchent à l'organisation des dispositifs étudiés. Dans ce cas précis, un problème identifié par la direction du CHRS – le nombre élevé de repas gaspillés et leur coût – justifie l'obligation de réservation hebdomadaire des repas et la mise en œuvre de sanctions. Les réunions fournissent l'occasion aux professionnels encadrants de transmettre l'information aux professionnels accompagnants. Des discussions ont lieu, opposant deux registres d'arguments : l'un fait valoir la dimension économique, l'autre la dimension éducative du même problème. Ces registres dépendent étroitement des socialisations et de l'attachement aux rôles des différents protagonistes. La directrice appartient à une génération intermédiaire des cadres du social. Si elle a fait carrière dans le secteur de l'exclusion et est sensible aux contraintes qui pèsent sur le travail éducatif, elle a spécifiquement été embauchée afin de résorber le déficit budgétaire du CHRS. À l'inverse, les travailleurs sociaux du CHRS sont pour la plupart investis depuis longtemps dans le secteur, et ils ont pu constater les évolutions, notamment gestionnaires, qu'a connues le travail social au cours des vingt dernières années (Alix 2019). De sorte que l'échange s'apparente à un dialogue de sourds, chaque camp réfutant les arguments adverses et refusant d'admettre les contraintes pesant sur chacun. C'est finalement l'esprit gestionnaire qui prime, et la directrice qui a le dernier mot. Les chefs de service jouent ici un rôle intermédiaire. Ce faisant, ils témoignent bien de leur double socialisation professionnelle (Chéronnet 2006) : la première, liée à leur parcours professionnel, les rend sensibles aux arguments des travailleurs sociaux et au registre éducationnel qu'ils mobilisent ; la seconde, liée à leur poste actuel et à l'organisation hiérarchique du dispositif, les incite trouver les moyens de faire appliquer la mesure issue de la direction dans l'optique de maintenir le cadre du travail (encadré 7.5).

Encadré 7.5 : les trajectoires socioprofessionnelles des chefs de service du CHRS 2.

Boris, chef de service du pôle insertion dans le CHRS 2, est né en 1973 dans le Nord. Issu des classes populaires stables (père chef de chantier), il est arrivé dans l'association qui gère le CHRS où il travaille actuellement en 2002, dans le cadre d'un stage lié à sa formation d'éducateur-spécialisé. Il y travaille également l'été et, une fois diplômé, il est immédiatement embauché par cette association. Boris circule dans ses différents services, d'accueil, d'urgence et d'insertion et développe une solide connaissance du secteur. S'il dit avoir également eu des expériences professionnelles dans le secteur du handicap, notamment en institut médico-éducatif, il a fait presque toute sa carrière dans le secteur de l'exclusion. Il explique d'ailleurs avoir observé et participé aux diverses évolutions qu'a connues le système de prise en charge et dit en riant « *je me suis pas fait mon poste, mais presque* », suggérant ainsi sa légitimité à

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'occuper aujourd'hui et depuis 2012. À cette occasion, il passe un Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS). Deux évolutions, particulièrement marquantes selon lui, peuvent être soulignées : d'une part, le fait qu'au moment où il commence à travailler pour son association actuelle, « *y'avait aucun éduc diplômé, c'était que des contrats aidés* » ; ensuite, et notamment au regard du secteur du handicap, il souligne le décalage entre « *social et médical* », dont il estime néanmoins que celui-ci est désormais largement compensé.

D'origine picarde Sandrine est née en 1978. Fille d'employés, elle se tourne vers le travail social dès l'obtention de son baccalauréat. Elle est diplômée en éducation spécialisée en 2002, et obtient son CAFERUIS en 2012. Comme Boris, Sandrine a passé presque toute sa carrière dans le secteur de l'exclusion et de la lutte contre la pauvreté. Si, à la différence de son collègue, elle n'a pas toujours travaillé pour l'association gestionnaire du CHRS 2, elle explique y avoir réalisé son stage de fin d'études. Elle dit d'ailleurs que « *ça fait bizarre* », notamment lorsque les collègues qui l'encadraient au moment de son stage lui demandent s'il convient désormais de la vouvoyer ou de la tutoyer au regard de son statut. Avant le CHRS 2, Sandrine a travaillé dans un Foyer pour jeunes travailleurs (FJT) après une courte expérience en accueil d'urgence mère-enfant et en centre maternel. À propos de la population du CHRS, elle explique d'ailleurs retrouver certaines des personnes qu'elle accompagnait en FJT, déjà issues de l'Aide sociale à l'enfance, suggérant des carrières morales longues au sein des institutions de prise en charge de la question sociale. Elle explique par ailleurs avoir du mal à appliquer les décisions gestionnaires au sein du CHRS 2, tout en ayant conscience du déficit budgétaire dangereux qui touche l'association.

2. Les situations « problématiques » et le travail d'inférence collective

Le second type de situations sujettes à débat regroupe cette fois un ensemble de cas renvoyant au contenu même du travail de prise en charge. Il s'agit de situations d'accompagnement dites *problématiques*, au sens où elles ne sont pas solubles dans les procédures d'accompagnement standardisées ou, pour reprendre le terme d'Abbott, « routinisées » (*routinized*). Pour Abbott, à force de répétition et à condition qu'elles se montrent efficaces, les procédures que développe un groupe professionnel ont tendance à se routiniser, pour former le cœur du métier. Il souligne que la vulnérabilité de la légitimité à agir d'un groupe professionnel est étroitement liée au degré auquel il a recours à l'inférence, cette dernière étant elle-même liée au degré de routinisation des actes du groupe[169]. Ainsi, si les actes d'un groupe professionnel sont trop routinisés et s'il n'a pas recours à l'inférence, il s'expose à ce qu'un groupe concurrent se montre plus efficace dans la résolution d'un problème donné par le recours à d'autres traitements. À l'inverse, s'il a constamment recours à l'inférence et n'a pas ou trop peu de procédures routinisées, il n'est pas en mesure de prouver son efficacité et sa légitimité à intervenir et peut se voir concurrencé par un autre groupe[170].

Dans le cas de l'accompagnement des personnes sans-domicile, les situations problématiques renvoient à des situations individuelles, pour lesquelles les procédures

[169] « *Any profession has rules dictating when a professional must resort to complex inference, and learning these rules is central to learning the profession. Yet whatever these rules may be, either too little or too much use of inference will ultimately weaken jurisdiction* » (Abbott 1988, p. 51).

[170] « *Just as professions doing mostly routine work risk jurisdiction incursions, so also do professions that refer nearly all their cases to formal inference* » (ibid.).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

routinisées ne suffisent pas ou ne marchent pas. Elles impliquent par conséquent un travail d'inférence collectif, susceptible de faire émerger des propositions de traitement alternatifs (encadré 7.6).

Encadré 7.6 : notes de terrain, les situations problématiques en réunions d'équipe.

6 octobre 2015, CHRS 1.

[…] Après la proposition de Rachid (ME) [organisation d'un couscous royal], les « *situations* » sont évoquées :

M. Mansouri : présenté par Lydie (ME). Celui-ci a recommencé à s'alcooliser massivement. À chaque fois, ou presque, que Lydie cherche à échanger avec lui, il fait comprendre qu'il ne veut pas de référente féminine. Lydie revient sur le fait qu'il a récemment cassé la grille de la cuisine, mais qu'il n'a pas de ressources, ce qui empêche de lui faire rembourser les réparations, sanction habituelle dans ce type de situation. Quelle sanction lui infliger ? Valérie (ES) suggère de le mettre à pied. Étant donné son état actuel, cela apparait risqué à Lydie. Colin (ME) propose de lui faire faire le service pendant une semaine à la cuisine. Quelqu'un rappelle qu'il ne faudrait pas que cela « *nuise aux dames* » du service cantinier, mais l'idée est globalement appréciée. Les chefs de service insistent pour que cela soit fait « *avec l'aval des dames de la cuisine* », mais ne s'opposent pas. Un éduc suggère un rendez-vous avec Barbara, l'infirmière en addictologie, pour son alcoolisation.

[…] Yasmina B. : Valérie (ES) attaque le sujet. Elle rappelle que Y. ne cesse de se plaindre de l'association, de répéter à quel point tout va mal. Valérie évoque un « *sentiment de persécution* » qui la rend « *complètement hystérique par moments* ». Pour Valérie il faut du changement, mais Yasmina a refusé une orientation SIAO au foyer pour femmes « Catry ». Yasmina ne cesse de demander un logement : Valérie est « *plutôt pour* » qu'on la fasse passer de la stabilisation à l'insertion - en studio. Elle dit pourtant que Yasmina n'a pas le profil, n'est pas assez autonome, mais que « *ça a du sens* » de le lui proposer, même pour la « *confronter à l'échec* ». Les éducs de l'insertion réagissent : ils s'y opposent en disant qu'ils n'arriveront pas à gérer Yasmina. Valérie semble avoir anticipé le coup et propose d'emblée de rester sa référente, même si « *Yasmina ne [l]'aime pas* ». D'autres, dont Lydie, sont contre l'idée de la confronter à l'échec : c'est « *trop violent* » et dangereux pour elle. Valérie a beaucoup d'aplomb, parle fort et avec assurance, ponctue ses phrases de jurons. Quelqu'un ajoute qu'il faudrait mettre en place un suivi psychiatrique : le problème est que Yasmina refuse de voir la psychologue de l'EMPP. Comme elle est hébergée, personne d'autre ne peut venir la voir. Au final, et face à l'indécision, ce sont les chefs de service qui tranchent : Valérie échange avec Yasmina, le « service insertion » en discute de son côté et une décision sera prise dans une semaine.

***

16 décembre 2014, Accueil de jour.

[…] Amélia souhaite évoquer deux situations. C'est la première fois qu'elle le fait depuis le début de ma présence, et c'est sans doute lié à la fin de son stage : il faut assurer la continuité de ses suivis.

P. Caliewski : Amélia (ES stagiaire) évoque « *la mise en échec* » d'un foyer qui semblait adapté pour lui. Il n'est pas venu au rendez-vous. Elle a réussi à en obtenir un autre pour le 30 [décembre], il faudrait que quelqu'un l'accompagne pour être sûr qu'il ira. Dalila (ES) se propose, Amélia remercie, mais elle enchaine, car pour elle le problème est plus complexe : ce monsieur est propriétaire d'une maison, dont il dit qu'il n'est pas en mesure de s'occuper, alors qu'Amélia a le sentiment inverse. Elle a l'impression que l'accueil de jour le dessert plus qu'il ne l'aide. Le problème fondamental serait l'isolement de ce monsieur. Les discussions s'enchainent sur ce point, qui a déjà été évoqué à de nombreuses reprises. Il y a un brouhaha auquel le chef de service met fin, en rappelant qu'un nouveau dispositif, la « Maison du partage » est actuellement testé, précisément pour les personnes hébergées ou logées mais isolées et n'ayant pas de liens. Amélia acquiesce, et suggère simplement l'idée de lui proposer de louer sa maison, afin de lui assurer un revenu régulier, et de l'inscrire dans une maison-relai, afin de lutter contre son isolement.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Au cours des réunions hebdomadaires émergent des solutions concertées ayant trait à l'accompagnement, plus ou moins partagées et plus ou moins innovantes. C'est le ou la référent-e qui expose la situation de la personne et les mesures d'accompagnement engagées avec elle. Les collectifs de professionnels connaissent déjà la situation la plupart du temps, notamment à travers des échanges informels. Il s'agit donc surtout de détailler un problème, un échec, une difficulté, que rencontre l'accompagnant à un moment de la relation. Le temps de réunion, parce qu'il est spécifiquement consacré à la présentation de ces situations, permet un recours à l'inférence collective afin d'imaginer des solutions nouvelles. Si la relation d'accompagnement engage directement la personne accompagnée et son ou ses co-référent(s), et plus indirectement des personnes assurant un « étayage », c'est-à-dire un accompagnement multiple, conjoint et pluridisciplinaire (psychologue ; infirmière d'État, en addictologie, en psychiatrie ; tutelle/curatelle), caractéristique du secteur médico-social (Serre 2009 ; Borelle 2017a, 2017b). Ce travail collectif consiste en des propositions et des discussions autour de ce qu'il pourrait être pertinent – ou non – de mettre en œuvre. Dans cette optique, les réunions hebdomadaires et l'évocation des situations « problématiques » participent de la désindividualisation de la relation d'accompagnement. Ce faisant, les professionnels en viennent à échanger autour de leurs pratiques et à harmoniser celles-ci. Cette harmonisation est rendue d'autant plus nécessaire que chaque dispositif compte ses propres « *vedettes* » ou « *stars* », terme indigène désignant des personnes accompagnées depuis longtemps et par conséquent bien connues des professionnels du dispositif en question. Les « *vedettes* » font l'objet de très nombreuses discussions, formelles et informelles, au cours desquelles émergent des propositions de mesures d'accompagnement plus ou moins inédites. Le cas de Yasmina par exemple, sera à nouveau évoqué une semaine plus tard, puis la semaine qui suit, ainsi que lors de nombreux échanges informels. Ce type de situations cristallise les débats et les prises de position des travailleurs sociaux, dont l'observation a permis de constater qu'elles étaient relativement mouvantes de semaine en semaine, témoignant de l'incertitude caractéristique du travail social (Autès 1999 ; Autès, Bresson, et Delaval 1996) : sa référente est l'une des rares à ne pas faire évoluer sa position, qui consiste à lui proposer un hébergement plus autonome en studio même pour la « *confronter à l'échec* ».

Les observations rapportées donnent un aperçu des nombreux échanges autour des situations « problématiques » et des représentations différentes, parfois concurrentes, dont elles font l'objet. On peut d'emblée remarquer qu'un nombre important de ces problèmes sont rattachés par les travailleurs sociaux à une dimension médicale, psychiatrique ou psychologique (Serre 2009 ; Bresson 2012). Ainsi, Valérie parle de « *sentiment de persécution* » et qualifie Yasmina d'*« hystérique* », tandis qu'Amélia évoque une « *mise en échec* » de son suivi. Deux éléments méritent d'être soulignés à ce sujet, et plus précisément au fait qu'avant même leur entrée dans le secteur de la prise en charge des sans-domicile, les travailleurs sociaux sont

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

prédisposés à opérer ce type de catégorisations. D'une part, les formations d'éducation spécialisée et de monitorat sont nettement marquées par une approche clinique, individualisante et psychologisante des problèmes sociaux. Si, comme Maryse Bresson l'a souligné, certaines formes d'accompagnement telles que le « *case work* » – qui vise à faire prendre conscience à la personne accompagnée de difficultés psychologiques qu'elle rencontre – ont reflué avec la critique politique de la psychologisation des rapports sociaux dans les années 1970 (Bresson 2012), elles connaissent un renouveau avec la mise en crise de l'État social et les injonctions croissantes à l'autonomie (Astier et Duvoux 2006 ; Duvoux 2009). Comme l'a montré Jean-Sébastien Alix, les pratiques d'accompagnement de l'action sociale ont progressivement cessé, à partir des années 2000, de viser l'émancipation des usagers pour privilégier leur responsabilisation accrue, déployant un nouveau mode de subjectivation des personnes vulnérables fondé sur leur responsabilisation (Alix 2019). La fréquence des références psychologisantes dans les paroles mais aussi les écrits des travailleurs sociaux (voir annexe 7.1) suggèrent par ailleurs leur prégnance au sein des formations. D'autre part, la quasi-totalité d'entre eux et elles, notamment parmi les plus jeunes, ont, à un moment ou à un autre, travaillé dans des dispositifs médico-sociaux, en tant que salarié-e ou stagiaire. La plupart a par ailleurs réalisé au moins un stage dans le secteur du handicap (obligatoire dans la formation d'éducation spécialisée), de l'enfance, ou de l'autisme, autant de secteurs marqués par un net ascendant des considérations psychologiques et médicales (Serre 1998, 2009 ; Cret et Guilhot 2016 ; Bodin 2018 ; Borelle 2017b). On montre plus loin dans ce chapitre que le secteur de l'exclusion est lui aussi particulièrement propice aux processus de psychologisation et de médicalisation, à travers l'existence de dispositifs qui entretiennent et réactivent à échéance régulière ces processus.

Il convient finalement de souligner que les professionnels encadrants font peu d'incursions dans les débats des accompagnants sur le travail éducatif. Ils adoptent une position surplombante et n'interviennent que pour réguler les échanges et trancher lorsque c'est nécessaire, c'est-à-dire précisément lorsque des opinions contradictoires se font entendre sur un sujet donné et que les accompagnants n'arrivent pas à se mettre d'accord. Certains questionnements suscitent néanmoins l'intervention plus directe des professionnels encadrants, qui réaffirment ainsi leur domination statutaire.

3. Les questions disciplinaires : les prérogatives hiérarchiques du maintien de l'ordre

C'est le cas des prises de décisions dont la dimension disciplinaire est particulièrement nette. La mise en œuvre du travail éducatif au quotidien s'appuie sur des dimensions morales et de contrôle social, que l'analyse des sanctions permet d'éclairer (Chantraine et Sallée 2013 ;

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Frauenfelder, Nada, et Bugnon 2015). C'est le troisième type de situations débattues au cours des réunions d'équipe. Si le débat est formellement ouvert à l'ensemble des professionnels, les encadrants demeurent les décisionnaires, et conservent la mainmise sur la décision finale (encadré 7.7).

Encadré 7.7 : notes de terrain, les questions disciplinaires en réunions d'équipe.

Accueil de jour, 18 novembre 2014

[Suite à la présentation des situations du centre de santé, le directeur du pôle accueil intervient pour annoncer quelques nouvelles, puis le chef de service reprend la parole pour évoquer les incidents de la semaine].

Le principal accident concerne Solenna et Claude. Il a eu lieu le jeudi d'avant. Jean-Luc, le chef de service, fait un rappel des faits : les deux étaient complètement ivres, ils avaient ramené des canettes de bière à l'intérieur de l'accueil. Ils ont été sortis calmement deux fois et sont à chaque fois revenus, avec de l'alcool et de manière très visible et bruyante. Il annonce d'emblée que pour lui, il faut qu'il y ait sanction. Jean-Luc rappelle l'historique : récemment, tous deux ont été mis à pied de l'accueil pendant deux jours. Leur courrier leur était distribué à la porte, mais ils n'avaient pas le droit d'entrer. Cette fois, en plus de l'alcoolisation à l'intérieur de l'AJ, Claude hurlait qu'il allait « *massacrer* » Jacky C., un accueilli particulièrement vulnérable du fait d'une déficience mentale.

Jean-Luc renchérit : ce n'est pas la première fois et ça devient régulier. Il y a « *mise en péril de soi, des autres, de la structure* ». Quelques éducs font valoir la difficulté de s'occuper de ces deux accueillis : « *Il faudrait une hospitalisation psychiatrique* » ; « *Pour Claude, c'est l'addicto qui serait le mieux* ». « *S'il n'y a pas de solution médicale, il faudrait penser au comportemental* ». Un brouhaha s'enclenche. Thierry (ES) propose une solution alternative : la médiation, c'est-à-dire faire table rase et discuter calmement. Quelques éducs approuvent. Les discussions portent maintenant sur le niveau de violence depuis la mise à pied : quelqu'un dit qu'il y a eu « *radicalisation réciproque* », de la structure et des sanctionnés. Jean-Luc n'est pas d'accord : il fait valoir qu'il y a toujours eu du dialogue avec ces accueillis. Il est contre la table rase. Quelqu'un pose la question du caractère volontaire ou non du comportement : « *C'est pour ça qu'on pose la question du médical* » répond Thierry, mais la question est difficile. Thierry interprète : « *Son comportement cherche à dire quelque chose* ». Les discussions continuent un peu, avant que Jean-Luc ne tranche : en répétant que le dialogue « *n'a jamais cessé* », il y aura un rendez-vous l'après-midi même avec Solenna et Claude pour leur signifier qu'ils sont mis à pied de l'accueil de jour jusqu'au 5 décembre au matin (presque 3 semaines). Certains éducs font valoir leur désapprobation, Jean-Luc change de sujet.

***

CHRS 1, 29 septembre 2015.

[La réunion doit aviser de la sanction de Sammy, responsable d'avoir cassé la porte d'entrée du CHRS et donné des coups à un éduc (voir encadré 7.3). La réunion est tendue : les situations sont présentées comme si de rien n'était avant d'évoquer la situation de Sammy].

La situation de Sammy est finalement discutée. Contrairement à d'habitude, c'est le directeur du pôle hébergement qui prend la parole. Il annonce une « *prise de décision collective* », après discussion. Il demande aux personnes qui le souhaitent de s'exprimer. La quasi-totalité des éducs prennent la parole pour dire qu'ils ne souhaitent pas mettre fin à l'hébergement : Adrien (ME), Marion (ES), Alice (ES), Valérie (ES) défendent fermement cette position. Les autres disent qu'ils sont d'accord. Les chefs rappellent la « *gravité* » des actes de Sammy. Patrick, chef de service de la stabilisation, rappelle que l'association a fait le choix de lever sa plainte quelques heures seulement après l'avoir déposée pour permettre à Sammy de faire son voyage humanitaire. Il rappelle aussi que son comportement ne peut pas être accepté, malgré l'affection qu'il porte à Sammy. Il cherche à rapprocher sa position de celle des éducs qui apprécient beaucoup Sammy, mais, contrairement à Patrick, le défendent becs et ongles.

Victor demande aux personnes qui étaient présentes de s'exprimer : il y a Louis (ME), Lydie (ME) et Colin (ME) (ce dernier est justement en arrêt de travail du fait des coups donnés par Sammy). Louis prend

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nettement parti pour une sanction importante, c'est-à-dire une fin de prise en charge sèche. Il dit aux éducs de se mettre à sa place : il a vu la réaction de Sammy qui ne se contrôlait plus, et témoigne du fait que cela aurait pu être bien plus grave sans l'intervention de Colin. Lydie défend Sammy en faisant valoir les progrès dans son parcours, mais sa parole parait peser peu après l'intervention de Louis, doyen des professionnels du CHRS. Adrien signale l'importance de ne pas faire de fin de prise en charge pour l'exemple, autrement « *c'est la fin du travail éducatif* ». Thibaut, chef de service de l'insertion, propose de réorienter Sammy sur un autre dispositif. Quelques éducs sont contre : cela mettrait fin à la progression de Sammy. Victor perd patience, dit qu'il « *aurait dû y penser avant* ». Ismae (CESF) évoque la situation où un hébergé avait été orienté en diffus pour le mettre à distance de l'hébergement collectif : elle propose la même solution pour Sammy. Laurence parait mitigée : c'est un moindre mal, mais elle craint l'isolement pour Sammy. Victor prend la parole : il faut trancher, mettre fin au débat car « *il y a d'autres choses à discuter* ». Il dit qu'il proposera une réorientation au SIAO, et qu'en attendant Sammy continuera d'être hébergé par le CHRS. Adrien s'emporte, et dit que « *ça ne servait à rien d'avoir ce débat, vu que de toute façon votre décision était déjà prise* ». La fin de la réunion se déroule dans une ambiance tendue.

***

CHRS 1, 27 octobre 2015

[Le matin même, Yasmina a tordu le doigt de Valérie dans le couloir, après avoir hurlé pendant plusieurs minutes. Une sanction est à prévoir, même si Valérie m'a expliqué qu'elle souhaiterait l'éviter. Comme prévu, elle a discuté avec Yasmina de la possibilité de la passer de la stabilisation vers l'insertion, c'est-à-dire en studio, Yasmina a accepté en répondant « *comme ça vous verrez que j'en suis capable* ». L'incident remet ce changement en question].

[…] Yasmina B. : Valérie (ES) explique, sans revenir sur l'incident du matin, que Yasmina a accepté sa proposition de vivre en studio accompagné. Valérie reprend son argumentation : soit elle réussit « *et tant mieux* », soit elle échoue et cela fera une prise de conscience qui permettra de mieux travailler avec elle. Valérie conclut en disant qu'elle maintient sa référence pour le moment si Yasmina est d'accord, faisant discrètement allusion à l'incident du matin. Victor enchaine en disant qu'il a appelé « *en tant que chef* » le psychiatre qui dirige l'EMPP pour savoir s'il pourrait suivre Yasmina, ce qu'il a décliné en faisant valoir qu'elle est hébergée et que ce n'est pas de son ressort. Colin prend la parole et évoque très directement l'incident du matin, faisant mine de s'étonner qu'il n'y ait pas de sanction prévue pour Yasmina. Pire, sa sanction serait de se voir attribuer une place en studio. Il rappelle que Boris, un autre hébergé, a été mis à pied 24 heures pour avoir tordu le doigt d'un résident. Le problème est le même avec Yasmina, or la sanction est différente. Patrick, chef de service de la stabilisation réagit : tous les cas sont différents, on adapte les sanctions aux personnes. Adrien répond « *quand même, ça donne l'impression que plus quelqu'un est violent, plus on est tendre* ». Victor tranche, disant qu'une sanction sera décidée avec Valérie.

Les exemples évoqués ci-dessus sont très représentatifs de la manière dont la sanction est gérée au sein des dispositifs éducatifs investis (à l'exception des dispositifs de veille – maraudes, 115, SIAO – non concernés par les sanctions). Par rapport à d'autres structures de la métropole, ces deux CHRS ont la réputation d'être souples dans leur sanction : ils évitent autant que possible les « *fins de prise en charge* », couramment présentées comme contraires au travail éducatif. Les discussions en réunion témoignent du fait que les sanctions se veulent réfléchies, adaptées aux actes et aux personnes qui les réalisent. De sorte qu'il n'existe pas de grille des sanctions formalisées, même si les professionnels sont attentifs à assortir des sanctions proches à des actes similaires. Dans les cas de Yasmina et Sammy, deux registres d'arguments sont mobilisés, qui témoignent du souci d'inscrire la sanction dans la logique du travail social, d'en faire une mesure éducative et de la volonté d'assurer le bon fonctionnement du dispositif. Il s'agit d'éduquer et de punir (Chantraine et Sallée 2013) et plus précisément, d'éduquer en

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

punissant. Une fonction d'exemplarité est commune à ces deux registres, qui mêlent des dimensions sécuritaires et disciplinaires, témoignant du développement et de l'affirmation de nouvelles formes de « *conduites des conduites* » (Foucault 2004a) bien documentées dans le cadre de la prison (Chantraine 2006). La fonction d'exemplarité est néanmoins plus marquée dans la visée organisationnelle, portée par les encadrants. En effet, le souhait de montrer l'exemple est étroitement lié au maintien de l'équilibre, à l'organisation et au bon fonctionnement du dispositif : autrement dit, si la sanction a d'abord des effets individuels, elle est supposée en avoir également sur le collectif des personnes accompagnées. À l'inverse, la visée éducative de la sanction s'inscrit principalement dans l'optique d'une mesure individuelle et individualisée, ayant peu d'effets sur le fonctionnement collectif, ou de manière indirecte. Ces deux visées de la sanction se déclinent principalement selon la position dans la division du travail entre professionnels encadrants et accompagnants.

Les échanges rapportés dans ces situations soulignent néanmoins la nécessité de nuancer ce point. Les deux situations sont, d'un point de vue contextuel, relativement proches : dans les deux cas, ce sont des actes de violence physique à l'égard de professionnels qui sont discutés. Paradoxalement, dans la situation de violence la plus grave – celle de Sammy, à l'origine d'un arrêt de travail –, son auteur est défendu par la majorité des travailleurs sociaux mais condamné par les cadres, tandis que dans la seconde – celle de Yasmina, qui tord le doigt de Valérie – la « coupable » fait l'objet d'une condamnation des accompagnants et d'une relative tolérance des cadres. Divers éléments, se rapportant notamment aux carrières morales des enquêtés, au travail d'accompagnement et aux trajectoires des professionnels, permettent d'expliquer ces différences. Dans le cas de Sammy, les travailleurs sociaux soulignent à plusieurs reprises ses progrès accomplis et le temps de travail consacré à ces progrès : en deux ans, il a franchi avec succès plusieurs paliers des dispositifs d'accompagnement. Dans la perspective d'une socialisation à l'autonomie, la carrière morale de Sammy connait une trajectoire ascendante, qu'une sanction trop importante risquerait de remettre en question : tout se passe comme si en le sanctionnant, ce sont les travailleurs sociaux qui sont eux-mêmes sanctionnés. À l'inverse, la situation de Yasmina apparait nettement moins valorisable. Au quotidien, c'est l'une des personnes qui posent le plus de problèmes du fait de ses cris fréquents et des difficultés à discuter avec elle. Elle refuse la plupart des modalités d'accompagnement qui lui sont proposées, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de soins, somatiques ou psychiques. Sa situation est fréquemment discutée en réunion, mais se confronte à des impasses. C'est dans ce cadre qu'il a été envisagé de la faire passer en insertion, pour la « *confronter à l'autonomie* », décision qui ne fait pas l'unanimité parmi les accompagnants. Autrement dit, sa trajectoire est nettement moins ascendante et susceptible de valorisation par les travailleurs sociaux. Leur exaspération et leur sentiment d'impuissance face à la situation tendent à prendre le pas sur les visées éducatives. Dans ce contexte, l'attribution d'un studio à Yasmina, geste perçu comme une

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

sanction positive dans le cadre de la socialisation à l'autonomie, apparait incompréhensible pour les travailleurs sociaux. Ainsi, Adrien fait valoir l'incongruité apparente de la décision puisque « *ça donne l'impression que plus quelqu'un est violent, plus on est tendre* ». On note pourtant qu'il ne fait pas valoir cette position dans le cas de Sammy, alors même que le degré de violence était nettement plus élevé. Autre élément qui mérite d'être évoqué : la prise de position de Louis en faveur d'une sanction de Sammy, seule voix discordante parmi les accompagnants. Louis est l'éducateur le plus âgé et le plus ancien au sein du CHRS, au sein duquel il travaille depuis 1996, et il est couramment présenté comme la « *mémoire* » du dispositif. En cela, sa trajectoire le rapproche de celles des chefs de service et l'amène à adopter une position proche de la leur, et même, plus simplement, à l'exprimer. En effet, s'il est possible que d'autres accompagnants aient pensé la même chose, Louis est le plus disposé, en raison de sa légitimité et de sa distance générationnelle avec le groupe des accompagnants, à prendre le contre-pied et à formuler une prise de position divergente.

De façon générale, les encadrants s'octroient assez nettement le rôle de tenants et aboutissants dans les débats relatifs aux questions disciplinaires. Adrien souligne cela très nettement lorsqu'il exprime l'impression que « *de toute façon [la] décision était déjà prise* » à propos de la sanction de Sammy : il exprime ainsi le sentiment d'un simulacre de débat, destiné à donner l'image d'un processus délibératif alors que les professionnels encadrants ont déjà tranché sur la bonne manière de traiter la question. De fait, les questions disciplinaires sont largement l'apanage des professionnels encadrants. En tant que titulaires légitimes d'une autorité acquise par leur position dans la division du travail, ils ont le contrôle des outils disciplinaires et coercitifs. Prendre une décision, *a fortiori* lorsqu'elle n'est pas partagée par les professionnels accompagnants, constitue ainsi une manière d'exercer et simultanément de légitimer cette autorité, réaffirmant ainsi la division morale et sociale du travail de prise en charge (Frauenfelder, Nada, et Bugnon 2015). Dans les situations évoquées, ces derniers ne sont pas très éloignés des considérations des professionnels accompagnants, notamment parce qu'ils ont réalisé leurs carrières dans le secteur de l'exclusion (encadré 7.8).

Encadré 7.8 : les trajectoires socioprofessionnelles de Jean-Luc et Patrick, chefs de service.

Jean-Luc est né en 1972. Fils d'un ouvrier et d'une employée municipal, il est actuellement chef de service de l'accueil de jour de l'Abej. Il a 20 ans lorsqu'il arrive à l'Abej en 1992, en tant qu'objecteur de conscience. Il n'a pas de diplôme : après une année en histoire, il commence une licence d'AES. Le moment de la conscription venu pour lui, il choisit l'objection de conscience, par refus de la discipline militaire. De ses propres dires, le côté religieux de l'Abej lui faisait un peu peur au début, mais il s'est rapidement rendu compte que « *les gens étaient normaux* ». À l'issue de cette période de 17 mois, il prend des vacances avant d'être embauché, toujours par l'Abej, en renfort hivernal. En tant qu'agent d'accueil, Jean-Philippe souligne qu'il était « polyvalent », mais qu'il s'est petit à petit spécialisé sur la prise en charge des demandeurs d'asile. Déjà à cette époque, il suppléait le chef de service en place : au moment de son départ, sa candidature l'amène ainsi à occuper ce poste de façon officielle, en 2002. Il occupe ce poste depuis lors. Jean-Luc souligne trois évolutions du secteur : sa « professionnalisation », qui renvoie à l'embauche de salariés en lieu et place des nombreux bénévoles qui faisaient marcher l'accueil de jour

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

jusqu'alors ; la « bureaucratisation » du travail social, qui renvoie au poids croissant du travail administratif et « de papier » ; enfin les évolutions de la population sans-domicile avec la disparition progressive des « clochards » et des « grands marginaux ».

Patrick est né en 1970. Il est fils d'un ouvrier du bâtiment et d'une secrétaire. Il obtient le bac en 1989 et entame une formation d'éducateur spécialisé, qu'il doit néanmoins rapidement arrêter « pour des raisons financières ». Il a déjà travaillé, dès la fin des années 1980, en club de prévention et sait qu'il souhaite être travailleur social. Il enchaine les petits boulots et participe en 1996 à l'ouverture d'un service d'insertion par le logement. En multipliant les expériences professionnelles, il est embauché par son employeur actuel en 2001. Il dit être « une exception » dans le milieu et explique : « *aujourd'hui, il faut vraiment être dans les rails… donc je ne suis même pas travailleur social diplômé !* ». Il dit avoir essayer d'obtenir le diplôme en parallèle de son travail mais « n'être jamais allé au bout pour différentes raisons ». Il devient chef de service au CHRS 1 en 2012 : au moment de l'entretien, il devait était sur le point de passer son CAFERUIS dans le cadre de la formation continue. Parmi les professionnels encadrants rencontrés, Patrick est peut-être celui qui est le plus proche des accompagnants et le plus respecté également.

On peut penser que la mise en débat des questions disciplinaires n'est pas seulement une mise en scène au cours de laquelle, sous couvert de décision « *démocratique* », les hiérarchies statutaires sont réaffirmées. Le débat a, comme l'ensemble des échanges formels et informels, une fonction socialisatrice centrale qui contribue à la l'harmonisation des pratiques d'accompagnement et à la diffusion de représentations plus ou moins partagées, mais présentées comme légitimes au sein des dispositifs investis.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 2. Les effets du travail en réseau : socialisation des ressources, socialisation des professionnels

La socialisation des professionnels prend du temps et n'est pas assurée. Pour être effective, elle doit s'appuyer sur des éléments susceptibles d'entretenir ses effets. Le travail en réseau, parce qu'il met en contact des professionnels de statuts, de disciplines et dispositifs variés, constitue l'un des principaux cadres de conversion, d'ajustement et d'entretien des représentations et des pratiques professionnelles. En s'intéressant à ce travail, il est possible de mettre en lumière la manière dont différents acteurs, pour la plupart non-étatiques bien qu'en relation étroite avec les pouvoirs publics, travaillent ensemble. On montre d'abord comment la logique de partenariats et de réseau s'est progressivement affirmée dans le secteur de l'exclusion, de façon générale d'abord puis à partir de la sociogenèse d'un réseau de santé consacré à la précarité sur la métropole lilloise (1). Dans un second temps, on étudie le travail *du* réseau et *en* réseau, en montrant que celui-ci constitue un réservoir de ressources inégalement réparties mais mises en commun pour pallier les obstacles rencontrés par les professionnels (2). Enfin, on montre qu'en dépit des solutions qu'il est supposé apporter, le réseau se heurte à des contraintes structurelles. Dans ce contexte, il a également une fonction d'exutoire et de socialisation des échecs de la prise en charge (3).

I. Réseaux et partenariats pluridisciplinaires dans la prise en charge des sans-domicile

Le travail en réseau n'est pas récent en soi, mais sa promotion, sa mise au jour et les analyses de ses modalités et de ses effets le sont davantage. Dans divers secteurs des politiques sociales, économiques ou culturelles, il s'est imposé comme une solution à moindre coût afin de réorganiser l'action publique, notamment à travers l'usage renforcé de délégations au secteur associatif (Lafore 2011; Tchernonog et al. 2013), tout en participant de l'euphémisation des clivages professionnels et politiques (Dubois 2012a). Plusieurs travaux ont mis en évidence le recours à des outils tels que les progiciels (Nonjon et Marrel 2015a, 2015b), les conventions de partenariats ou la spécialisation accrue des acteurs associatifs, et l'encouragement parallèle au partage de leurs ressources, dans l'optique plus ou moins avouée de réaliser des économies d'échelle (Hély 2009 ; Hély et Simonet 2013). La prise en charge de la question SDF n'a pas échappé à ces transformations. Julien Damon a montré qu'à partir des années 1990, son organisation s'est profondément modifiée à la faveur d'un repositionnement et d'une modification des modes d'intervention étatiques dans le secteur social et médico-social (Damon

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2002a). Cette reconfiguration s'est traduite par la promotion de partenariats et de réseaux d'acteurs investis sur différentes facettes de la prise en charge (l'accueil, l'hébergement, le soin, la santé mentale, etc.). Ce faisant, le travail en réseau joue un rôle important dans le processus de professionnalisation puisqu'il vise à l'harmonisation des pratiques à travers des relations de coopération. Afin de souligner ces ambiguïtés, deux points sont évoqués : on restitue d'abord les enjeux organisationnels et professionnels que pose le travail de partenariats et de réseau, et leur promotion dans le secteur de la prise en charge de la question SDF (1) ; à la lumière de ces premières analyses, on revient sur la création et le fonctionnement d'un réseau de santé existant dans la métropole lilloise sur la thématique de la précarité (2).

1. Des partenariats aux réseaux

Dans son analyse, Damon associe la promotion du travail partenarial au développement de ce qu'il nomme le « *complexe bureaucratico-assistanciel* », qui désigne « *une machinerie compliquée de dispositifs, des échafaudages juridiques alambiqués, des coalitions nationales et locales, une rhétorique du dépassement des interventions étatiques traditionnelles* » (Damon 2002a, p. 178). Si son analyse de la multiplication des liens entre pouvoirs publics et acteurs privés et de l'interdépendance qu'elle crée est particulièrement pertinente, il est moins évident que celle-ci a relevé d'un « *bricolage* » (*ibid.*), comme l'annonce l'auteur, parlant par exemple d'une « *tyrannie du partenariat*[171] » (*ibid.*). On peut en effet avancer que le système de prise en charge des sans-domicile témoigne, à l'échelle macroscopique, d'une cohérence globale. À plusieurs reprises dans cette thèse, ont été soulignée la complémentarité des dispositifs de prise en charge et les modalités selon lesquelles les mesures d'accompagnement qui y sont déployées s'articulent entre elles. Ces dispositifs forment un tout qui, pour reprendre une métaphore holistique, est supérieur à la somme des parties – en l'occurrence, les dispositifs de prise en charge. Ce système dispose d'une logique propre, même si la cohérence résulte en partie d'une justification postérieure et rétrospective par rapport à la structuration de ce système[172].

[171] L'étude de Damon est remarquable en de nombreux points et a constitué pendant longtemps la principale analyse sociopolitique de la structuration du système de prise en charge des personnes sans-domicile. Néanmoins, ses deux derniers chapitres adoptent un ton davantage dénonciateur et prennent la forme d'une critique libérale de l'organisation du secteur. Tout en précisant en introduction qu'il « *ne proclame pas une adhésion intégrale à l'individualisme méthodologique* » (p. 7), Damon revendique son affiliation à la théorie de l'action de Raymond Boudon qui a été son directeur de thèse et à « *une conception élargie de la rationalité* » (p. 10), celle-ci entretenant des affinités intellectuelles avec le libéralisme économique et l'idée d'acteurs agissant selon leur « *libre arbitre* » (Lahire 2016).

[172] La publication du référentiel Accueil-hébergement-insertion (AHI) en 2004 – deux ans après la publication de l'ouvrage de Damon – témoigne de la volonté de (re)donner du sens au système de prise en charge, en le fondant sur une logique éducative.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Damon omet néanmoins une facette centrale du développement de ces partenariats, à savoir le poids croissant des questions de santé dans la prise en charge, qu'on a mis en lumière tout au long de cette thèse. Les dispositifs sociaux et médico-sociaux créés depuis le début des années 1990 participent d'une logique de partenariat renforcée, et promue dans tous les rapports publiés sur la question SDF (voir chapitre 2). Si cette logique a tout d'une injonction, elle fait l'objet de réappropriations et de coopération entre les acteurs associatifs, par ailleurs mis en concurrence de façon croissante dans le cadre de l'obtention de missions et des ressources associées. En favorisant les « *opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale* » (article 21), la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale fournit un cadre propice à ces échanges partenariaux. En cela, cette loi fait écho aux rapports relatifs aux liens entre santé et précarité publiés à partir de la fin des années 1980 : tous soulignent la nécessité de développer les échanges, les logiques de coopération et la formation réciproque des acteurs de terrain, dans une perspective pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (Revol et Strohl 1987; Lazarus et al. 1995; Patris et Roger-Lacan 1996 ; Piel et Roelandt 2001 ; Parquet 2003 ; Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010 ; Laporte et Chauvin 2010). Au-delà de ce cadrage public et législatif, il faut relier la promotion des partenariats au développement des réseaux de santé. Ces derniers vont s'affirmer, dans les années 2000, comme un outil de coordination des protagonistes de l'action sociale et médico-sociale, tout en contribuant à diffuser des représentations propres au monde médical dans le secteur de l'exclusion.

Les réseaux de soins ont fait l'objet de travaux qui ont éclairé les motifs politico-économiques et socioprofessionnels à leur origine (Castra et al. 2004 ; Robelet, Serré, et Bourgueil 2005 ; Schweyer 2005, 2010 ; Castel et Carrère 2007). L'idée est importée du monde anglo-saxon par la frange libérale des économistes de la santé français, dans une optique de maitrise des coûts et des dépenses du système de santé (Serré 2002 ; Parel 2016). Cette réorganisation passe par l'implantation progressive de différents outils et dispositifs (contrôle budgétaire renforcé à travers l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie – ONDAM (Bezès et Siné 2011 ; Pierru 2013) ; de nouveaux modes de tarification et d'évaluation de l'activité médicale et notamment hospitalière (Juven 2016, 2017 ; Bertillot 2016) ; d'une planification médicale territoriale (Rolland et Pierru 2013 ; Pierru et Rolland 2016)). Elle a également promu le développement des soins de ville pour limiter le recours aux soins hospitaliers, jugés techniques et coûteux (Bélart 2012 ; Vezinat 2017). Les réseaux s'inscrivent précisément dans cette logique et visent à coordonner les parcours de soins de patients en ambulatoire. L'idée est appropriée par des hauts fonctionnaires du Commissariat au Plan (Robelet, Serré, et Bourgueil 2005), l'un des principaux lieux « *en matière de diffusion de nouvelles idées* » (Hassenteufel et al. 1999, p. 127), où se rencontrent et échangent des « *élites* » à l'origine du tournant néolibéral de l'État (Bourdieu et Boltanski 1976 ; Bezes 2009). À partir

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de là se diffuse progressivement « *l'idée que les réseaux sont un outil de transformation du système de santé susceptible d'améliorer tous les maux du système* » (Robelet, Serré, et Bourgueil 2005, p. 237), et notamment ceux qui se rapportent à son coût, toujours trop élevé (Duval 2002). Autrement dit, les réseaux de santé se développent initialement par et pour une réforme libérale du système (Benamouzig 2009), afin de mener à bien une triple rationalisation : des pratiques professionnelles ; de l'orientation et des choix individuels des patients ; et des dépenses de santé.

Dans les années 1990 s'opère le passage de la théorie à la pratique. Des initiatives se déploient localement, sur des questions spécifiques, face auxquelles le système de santé parait impuissant. Significativement, les premiers réseaux de santé sont développés afin de prendre en charge des questions médicales à caractère social marqué telles que la toxicomanie, la psychiatrie, la précarité ou encore le VIH (Defert, Cabé, et Uhalde 2005 ; Elghozy, Cabé, et Uhalde 2005). À partir de ces expériences, plusieurs textes de cadrage sont publiés dans les années 1990, mais c'est en 2002 que les réseaux acquièrent une existence pérenne, avec la loi du 4 mars relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui vise à la promotion de la démocratie sanitaire. Elle s'inscrit dans la continuité de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, votée deux mois plus tôt (Bauduret et Jaeger 2005 ; Jaeger et Bauduret 2012). Toutes deux contribuent à mettre en relation ces deux secteurs : « *le glissement sémantique des "réseaux de soins" aux "réseaux de santé" manifest[e] une volonté de faire du réseau l'outil privilégié du rapprochement des secteurs sanitaire et social* » (Robelet, Serré, et Bourgueil 2005, p. 239). Des financements y sont associés, entérinant la volonté d'en faire l'outil privilégié de la refonte du système de santé. Une quinzaine d'années après l'instauration des réseaux de santé, François-Xavier Schweyer parle d'un échec « *relatif* », lié à leur visée de réduction des coûts et au manque de financement qui en a résulté (Schweyer 2005). Par ailleurs, d'autres dispositifs ont été créés selon une logique similaire et concurrentielle vis-à-vis des réseaux (télémédecine (Rauly 2013 ; Gaglio et Mathieu-Fritz 2018), maisons de santé pluriprofessionnelles[173] (Vezinat 2012 ; Schweyer et Vezinat 2019)). Si les réseaux de santé n'ont pas totalement disparu, leur nombre diminue, plus rapidement que leurs financements néanmoins, ce qui laisse penser que ces derniers tendent à se concentrer sur certains réseaux (Tableau 7.1).

[173] Nadège Vezinat (2017) souligne à plusieurs reprises cette filiation, et ses enquêtés eux-mêmes tendent à mettre en parallèle le relatif échec des réseaux de santé par rapport à la réussite des maisons de santé. Sur notre terrain, plusieurs médecins généralistes pratiquant dans une maison de santé implantée dans un quartier populaire lillois sont ou ont été investis dans le réseau de santé que l'on présente ci-après, ce qui fait écho aux résultats mis en avant par Vezinat. De fait, on peut souligner avec François-Xavier Schweyer (2010) que la principale différence entre ces deux dispositifs tient au fait que les réseaux n'ont pas eu vocation à fournir un nouveau support de soins mais à améliorer la continuité des soins à travers un travail d'orientation plus précis, tandis que les maisons de santé sont pourvoyeuses de soins.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tableau 7.1 : réseaux de santé et financements alloués par le Fonds d'intervention régionale.

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de réseaux	716	681	632	582	558	491	455
Financement (en millions d'euros)	167	161,9	157,8	158,9	158,6	150	144

Source : rapports d'activité du FIR depuis 2011.

La plupart des travaux qui se sont intéressés aux réseaux de santé datent d'une dizaine d'années, c'est-à-dire du moment où les réseaux de santé ont connu leur essor et se sont structurés, alors que depuis cinq ans les analyses académiques se font plus rares. Le relatif échec à l'échelle « macro » ne doit pas pour autant masquer des effets structurants à l'échelle locale, sur des territoires où les réseaux de santé ont pu être vécus comme un cadre propice au développement des relations entre professionnels de statuts et de disciplines variées (Castra et al. 2004 ; Schweyer 2005 ; Castel et Carrère 2007).

2. Sociogenèse d'un réseau de santé « précarité »

Les analyses qui précèdent éclairent les enjeux politiques et économiques de la création des réseaux de santé. Au niveau micro, c'est principalement le contexte local qui joue sur leur création et influe sur leur succès. La loi du 4 mars 2002 signalait notamment que leur but est de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité, ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires* » ; le décret d'application du 17 décembre 2002 ajoute que « *les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social* ». Les spécificités territoriales sont alors envisagées comme des modalités pertinentes de constitution des réseaux, qui témoignent de leur inscription dans une logique de territorialisation de l'action publique et de la montée en puissance de figures locales, et notamment urbaines, de la santé publique (Fassin 1998). Dans le cadre de l'enquête, une population – les personnes en situation de précarité –, et un besoin – leur faible recours aux soins – justifient la création en 2005[174] du

[174] La création du réseau est à l'initiative de 9 membres fondateurs : deux centres de santé agréés, dont celui de l'Abej, deux hôpitaux, un EPSM, l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral (URMEL, désormais Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux, URPS-ML), la ville de Lille, les acteurs de la veille sociale (115 et Samu social) et une EMPP, soit 3 établissements hospitaliers, deux centres de santé associatifs, une association professionnelle, une municipalité, et deux dispositifs de maraudes (un social, un psychiatrique).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

réseau santé-précarité, par une dizaine d'acteurs engagés dans l'action sociale, médico-sociale ou professionnels de santé :

> Le travail de ce réseau, c'est vraiment d'aller vers et de ramener les gens vers le soin. Après, à partir du moment où ils passent par les structures hospitalières et par les deux centres de santé, y'a forcément tout le lien avec l'addicto, la psychiatrie, toutes les problématiques de santé itinérantes [*sic, inhérentes*] à la population. C'est un peu la différence de notre réseau, c'est-à-dire qu'on n'est pas sur une approche de pathologie, on n'est pas sur le cancer par exemple, on est du coup sur une approche populationnelle, où du coup… toutes les pathologies… l'idée c'est vraiment pour nous d'amener les gens dans une démarche de soin, ce qui est vraiment pas simple. […] Y'a vraiment un décloisonnement du sanitaire et du social dans la grande précarité, c'est fondamental, ça ne peut pas être autrement.
>
> Sophia Lozzi, ancienne coordinatrice du réseau, 44 ans.

La constitution du réseau santé-précarité (RSP) n'obéit pas à une entrée par pathologie mais par population, celle-ci étant définie par sa « *précarité* ». Cette approche « *populationnelle* » est mise en perspective avec l'exemple du cancer, qui n'est pas anodin : comme pour le diabète, des réseaux de santé ont été créés spécifiquement pour le cancer, dont la prise en charge nécessite une articulation renforcée[175] (Robelet, Serré, et Bourgueil 2005 ; Castel et Carrère 2007). Dans la convention constitutive et dans la charte d'adhésion du réseau, la précarité est définie en se référant au rapport de Joseph Wresinski, le fondateur d'ATD-Quart Monde, adressé au Conseil économique et social en 1987 (Didier 1996b). Pourtant, cette définition ne suffit pas, car elle témoigne des approximations liées à cette « *catégorie mal définie, qui ne permet pas de désigner clairement des individus ou des groupes* » (Bresson 2015, p. 9) :

> Toutes les personnes qui vont bénéficier des minimas sociaux, du coup, on est nous… on n'est pas sur cette frange-là de la population. Quand les gens sont aux minima sociaux, ils ont un domicile, ça se tient. On est vraiment nous sur la prise en charge de la grande précarité. […] Sur la précarité, nous on va s'appuyer sur la définition du père Wresinski, pour plusieurs choses et d'abord parce qu'il y a une notion dynamique de la précarité. […] C'est vrai qu'on a tous un peu notre définition de la précarité : pour certains c'est être sans emploi, pour certains c'est être célibataire, pour d'autres c'est être sans logement... Donc la définition elle est vaste et lui, finalement de façon très pertinente, il parle d'absence de sécurités. Quand on n'a pas de logement, quand on n'a pas de travail, et moins on a de sécurités, et forcément plus on sombre dans la *grande précarité*. […] On observe deux freins à l'accès aux soins : c'est soit l'absence, ou la partialité, enfin une couverture sociale partielle, soit le non-recours, c'est-à-dire les gens qui pensent pas, qui ont pas la priorité, qui sont trop désocialisés au sens de Furtos et Maisondieu, qui sont exclus, enfin en situation de grande exclusion, et qui vont pas penser à demander du soin.
>
> Sophia Lozzi, ancienne coordinatrice du réseau, 44 ans

La distinction entre précarité et grande précarité amène à spécifier la seconde comme une forme exacerbée de la première, en la caractérisant par un cumul des absences de sécurité,

[175] Par rapport à d'autres maladies, y compris chroniques, la prise en charge du diabète s'est structurée précocement autour d'une remise en question du colloque singulier, et ses agents ont été les promoteurs de l'éducation du patient. Voir la thèse en cours de Vincent Schlegel.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

qui se traduit notamment par le non-recours aux soins. Celui-ci est ensuite rattaché à l'absence de couverture sociale ou à une absence de priorité du soin liée à la « *désocialisation au sens de Furtos et Maisondieu* ». La coordinatrice témoigne de la diffusion des représentations psychologisantes des situations de pauvreté, à travers l'évocation des psychiatres Jean Furtos et Jean Maisondieu, dont on a montré l'influence à partir du milieu des années 1990 dans la promotion d'une prise en charge pluridisciplinaire et la médicalisation de la question SDF (chapitre 2). Cette approche populationnelle témoigne de la spécialisation des acteurs étudiés sur une fraction de la question sociale qualifiée par le terme indigène de « *grande précarité* ». Elle implique un diagnostic initial autour de la précarité sur le territoire de la métropole, qui conclut à la nécessité d'une concertation. Ce diagnostic est réalisé en mobilisant des associations localement investies dans la prise en charge, acteurs qui jouent un rôle précurseur dans la construction d'un problème local (Blumer 1971). Leur mobilisation rappelle celle décrite autour de l'accès aux soins des personnes sans-domicile (chapitres 1 et 2), bien qu'elle soit plus tardive et bénéficie du travail opéré par ces pionniers à partir des années 1980. Paul Gisan, médecin au centre de santé de l'Abej (voir chapitre 3), est le coordinateur médical du réseau. Il explique qu'avant même son existence formelle, de nombreux partenariats étaient déjà noués entre acteurs locaux, à mesure que certains besoins étaient identifiés et qu'une expertise complémentaire sur un sujet spécifique lié à la précarité et aux soins paraissait nécessaire :

> On a été parmi les premiers en France à créer des lits infirmiers. Puis des équipes de liaison : liaison avec la psychiatrie avec les EMPP lilloise et roubaisienne, etc., équipe de liaisons en addictologie, avec l'ANPAA [Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie]. Tout ça a été extrêmement important, tout ça c'est un travail qui s'est fait au fur et à mesure, sur des années : c'est du temps de rencontre, c'est du temps de réunion, c'est du temps de réflexion, c'est des écrits… voilà, et puis après il faut trouver les financements aussi, donc mine de rien, c'est tout ça qui fait que s'occuper de ces gens-là, c'est aussi s'occuper de tout ça. Moi pendant des années j'ai aussi beaucoup trainé dans des réunions… de cogitation, d'écriture, de projets, de machin, etc. c'était les PRAPS [programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins] qui finançaient nos activités, parce qu'évidemment, on était médical. Donc le médical, c'était financé par l'hôpital. Mais on n'était pas hôpital, on n'était pas centre de soins, on n'était pas centre de soins agréés, donc c'était pas reconnu, c'était du social. Donc le médical finance pas du social. Ah, problème ! Donc comment on fait ? Bon, le médical finance pas du social, et le social finance pas du médical. Donc c'est, voilà… bon, ça a mené à la création d'un réseau. Toutes ces problématiques qui étaient complexes, qu'il a fallu mener de front. Il y a eu l'arrivée de la CMU, ça a aidé beaucoup, ça a facilité beaucoup de choses, et c'est tout ce travail de réseau, avec l'hôpital, avec le soin de ville, avec le partenariat… on a aussi créé des partenariats avec des libéraux qui acceptaient aussi de recevoir notre population, surtout avant la création de la CMU, parce qu'il y a quand même des actes gratuits qui étaient nécessaires. Et puis des conventions, on a fait des conventions avec les hôpitaux, donc avec le CHR de Lille et le GHICL [Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille], qui nous permettent vraiment aujourd'hui de soigner tout le monde de façon égale, et même avant que les droits soient ouverts.
>
> Paul Gisan, médecin coordinateur du réseau, 63 ans

Ce premier extrait traduit bien l'effort déployé par les acteurs locaux préalablement à l'existence formelle du réseau, les conventions et les liens tissés un à un. Il montre que les

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

problèmes sanitaires en lien avec la précarité ont été traités au fur et à mesure qu'ils se présentaient à eux, de façon incrémentale, lorsque des besoins étaient avérés et que des opportunités se proposaient. On voit également apparaitre la question du financement des actions menées et l'imperméabilité entre « *médical et social* » (Bauduret et Jaeger 2005 ; Jaeger et Bauduret 2012). Si les frontières professionnelles de la prise en charge tendent à se brouiller à travers le réseau, les frontières institutionnelles, elles, sont nettement dessinées. La création des Agences régionales de santé (ARS) en 2009 et des directions départementales de la cohésion sociale en 2010 a renforcé ces frontières, distinguant nettement des champs de compétences et les modalités associées (Bezes et al. 2011; Rolland et Pierru 2013 ; Borgetto et Lafore 2013). La labellisation sous la forme d'un réseau de santé s'apparente aussi à un effet d'aubaine. L'officialisation correspond à la fois à sa montée en charge et à la nécessité de voir son action et son importance reconnues, mais surtout à l'opportunité de dégager des financements liés à son fonctionnement et à sa coordination :

> Pendant un certain nombre d'années, j'étais fortement impliqué dans les PRAPS, et ça m'a demandé énormément de travail en plus de mon travail de soignant, ce qui est quand même pas évident. Donc là aujourd'hui, bon, on a des directeurs, on a une directrice du pôle santé, à plein temps qui s'occupe de tout ça, et on a des chefs de service et c'est leur boulot et ils font que ça, et c'est nécessaire, vu qu'on a grandi. Mais il y a une dizaine d'années à peu près, la question [des financements] s'est posée : les PRAPS, c'était pour 2 ans ou pour 3 ans. Donc on a écrit des projets, etc., et puis à un moment ils ont dit, les PRAPS ont dit : « *Bah non, on peut pas continuer : nous, on finance des lancements de projet, et après ça doit être autonome. Et même, c'est normalement pas de la santé, c'est de la prévention* ». Donc y'a une année, on s'est posé avec, à l'époque c'était encore la DDASS [Direction départementale des affaires sanitaires et sociales], ce qui est maintenant la DCAS [DDCS]… et ils nous ont dit : « *Écoutez, voilà…* », bon on a dû se fâcher hein ! Moi je me souviens d'une réunion, y'avait du beau monde, j'ai dit en pleine séance publique : *« Bah écoutez, début d'année prochaine, dans un mois c'est MSF qui fera les consultations de l'Abej, parce que bon, on arrête »*. Bon, je me suis fait taper sur les doigts…
>
> **Mais ça a marché…**
>
> Mais ça a marché. Donc y'a eu les sous. Mais ils [les PRAPS] pouvaient plus continuer. On a eu les sous, mais y'a un moment où les financements allaient être sucrés. Et alors c'est comme ça qu'on a pu se réunir avec la DDASS, qui a dit concrètement, « *là y'a plus de solutions, vous devez pas arrêter parce que c'est utile* », avec l'autre centre de santé on est les seuls à faire des soins pour la précarité, en tous cas sur la métropole. Donc l'idée « *c'est de vous constituer en réseau* ». C'est l'époque où se sont constitués beaucoup de réseaux, et la politique de réseaux était très…. Enfin, s'est développée. Donc on est devenu un réseau, le réseau santé-précarité. Ce qui est une très bonne chose. On était un réseau de fait, qui existait déjà depuis au moins une dizaine d'années, sans aucune mention légale, mais parce qu'on avait choisi et décidé de travailler ensemble comme ça. Donc une fois par mois, on se réunissait, donc il y avait Santé pour tous, l'Abej, la ville de Lille, les deux EPSM, un représentant de la ville de Lille, le Samu social bien entendu, bref, voilà… plus quelques partenaires. […] Et ce réseau a fonctionné comme ça pendant des années sans aucun financement, sans aucune existence officielle, mais très, très forte quoi. Vraiment un réseau très, très fort, et c'est ce qui fait que ça a marché.
>
> Paul Gisan, médecin coordinateur du réseau, 63 ans
>
> Moi au départ, quand je suis arrivée, ça existait. J'ai l'impression que c'est Paul, avec le Samu social, qui ont mis ça en place. Ils se réunissaient tous les… tous les je sais pas quoi, tous les mois, mais de façon complètement informelle. Et puis ça s'est vraiment… institutionnalisé… c'est l'ARS qui nous a proposé de créer ce réseau, qui existait déjà de façon informelle, avec carrément des financements.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Et ça a permis de financer u poste de coordination du réseau, et d'étoffer les actions, vraiment d'enrichir.
>
> Marie-Claire Reid, médecin liée au réseau, 59 ans

On voit bien ici l'effet d'aubaine qu'a pu constituer la création formelle des réseaux de santé, résultat qui rejoint le constat qu'un certain nombre de réseaux ou de regroupements de professionnels existaient déjà préalablement à leur reconnaissance légale (Castra et al. 2004 ; Schweyer 2005). La loi aurait entériné cette existence en la rendant officielle, sans néanmoins être réellement en mesure de créer ou d'encourager la formation de nouveaux réseaux, leur structuration reposant presque toujours sur la « *cristallis[ation], à un moment donné et dans une forme officielle et instrumentale, d'un réseau relationnel sélectif existant* » (Schweyer 2005, p. 92). Dans le cas du RSP, cette préexistence *de fait* au réseau *de droit* est particulièrement forte et significative. Son officialisation n'est pas pour autant anodine. En effet, elle confère au réseau des financements susceptibles de pérenniser le travail de coordination et de développer des actions concertées. La reconduction de ces financements et le maintien de son existence dans un contexte où le nombre de réseaux de santé diminue témoignent d'une reconnaissance et de la légitimation du travail accompli. C'est ce travail que l'on propose maintenant d'étudier, en insistant sur les échanges pluridisciplinaires qu'il suscite et sur ses effets propres sur la prise en charge des personnes sans-domicile.

II. Travail du réseau, travail en réseau : soigner et faire soigner

Après avoir restitué les contextes national et local de création des réseaux de santé, il convient d'étudier le fonctionnement du Réseau santé-précarité (RSP). Pour les professionnels du secteur et pour l'organisation du travail de prise en charge, le réseau est un espace au sein duquel diverses ressources sont partagées et mobilisées afin d'assurer ce travail. C'est un catalyseur qui participe à l'harmonisation des pratiques, au partage d'informations sur les personnes accompagnées et les ressources mobilisables en termes d'accompagnement, ou encore à des prises de décisions concertées. Différentes facettes peuvent être analysées. On peut d'abord distinguer entre les missions qui relèvent du travail *du* réseau et celles qui relèvent du travail *en* réseau. Les premières s'attachent principalement au travail de coordination et de régulation du réseau (1), tandis que les secondes s'incarnent dans des réunions de concertation dites « i*ntervisions* », au cours desquelles les professionnels discutent des mesures d'accompagnement nécessaires à la prise en charge de certaines situations (2). On montre finalement qu'en dépit des ressources que le réseau contribue à catalyser du fait même de son existence, son fonctionnement reste limité par les contraintes structurelles du secteur (3).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. Le travail du réseau : la coordination socioadministrative

La reconduction systématique des financements du RSP témoigne de sa stabilité, de sa légitimité et de sa reconnaissance dans le système local de prise en charge des personnes sans-domicile : dans son rapport d'activités de 2016, on apprend ainsi que depuis 2012 au moins, le FIR accorde environ 338 000 euros pour le fonctionnement du réseau. Au cours de l'entretien avec sa coordinatrice actuelle – réalisé en janvier 2018 –, celle-ci corrige et affine ces données d'une manière qui permet de bien saisir l'organisation du travail du réseau :

> **Tu as fait un distinguo assez net, en tous cas pour l'ARS, entre coordination et prise en charge : est-ce que tu peux me dire ce qui va en relever ?**
>
> Là en fait, on est à une époque charnière, où l'ARS est allée jusqu'au bout de ce raisonnement, c'est-à-dire distinguer la coordination des acteurs et des prises en charge, avec la prise en charge en tant que telle. Avant 2017, le réseau recevait un financement, 338 000 euros. Y'avait à peu près un tiers qui allait pour le réseau en tant que tel : donc le temps du médecin régulateur, mon temps de travail et puis, bah des frais généraux. Et puis après il y avait une partie de la subvention, donc 180 000 euros pour le centre de santé de l'Abej, pour participer au financement du temps médical, au secrétariat infirmier… alors qui couvrait pas l'ensemble de ses coûts, mais qui y contribuait. Et puis une partie, aux alentours de 45 000 euros pour l'autre centre de santé. Là, c'était pour participer aux frais de fonctionnement. Et donc ça, ça gênait un petit peu l'ARS : qu'il y ait des versements qui transitent par le réseau, qu'ils soient redistribués à deux opérateurs qui font de la prise en charge. Donc, ça a été, 2017 : l'année du changement (rires). Le réseau dorénavant touche ce fameux tiers, directement, avec un CPOM [Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens], et il y a une toute petite partie, 16 000 euros qui correspondent à peu près à 0,3 ETP médical, qui est reversée à l'Abej, parce que Paul Gisan, médecin à l'Abej, est « mis à disposition » entre guillemets du réseau, pour la coordination médicale et notamment la coordination médicale des situations complexes. Et l'Abej de son côté a conventionné avec l'ARS un CPOM, l'idée étant qu'évidemment, ils ne perdent pas leur argent. Chacun a eu son contrat spécifique, et du coup on a obtenu que ce soit les mêmes sommes qui soient versées et que l'Abej et l'autre centre de santé ne soient pas perdants. Donc ce qui fait qu'on a un financement qui s'est vraiment recentré sur l'aspect coordination des acteurs, et la coordination médicale est davantage sur les situations complexes. On est plus dans les clous de l'activité d'un réseau de santé.
>
> **D'accord, donc c'était une question de clarification, eux voyaient qu'ils donnaient les sous mais que ça partait à la fois dans de la coordination et…**
>
> Voilà, et ça partait à l'Abej : « *Oui mais alors l'Abej, nous on n'est pas censés financer de la consultation médicale, ou de l'acte infirmier au titre du réseau* ». Ils peuvent le financer, mais pas au titre du réseau. Et ce qui est assez paradoxal, c'est que ce montage en tant que réseau de santé, il a été proposé par l'ARS en 2005, quand ça a été signé, pour sauver financièrement les centres de santé qui étaient très fragiles financièrement et donc l'ARS… en gros ils avaient des petits bouts de financement par ci, par là de l'ARS, et l'ARS[176] a proposé cette modélisation pour pouvoir fluidifier, identifier des lignes plus simples. Donc on est revenu un peu, finalement, en arrière.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

[176] La coordinatrice confond ici l'ARS, qui n'existait pas en tant que telle avant 2009, et la DDASS, qui n'existe plus depuis cette date. Sur les ARS, voir notamment (Rolland et Pierru 2013 ; Pierru et Rolland 2016).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cet extrait permet d'identifier les tâches que la principale tutelle du réseau – l'agence régionale de santé (ARS) – estime qu'il doit assurer. En premier lieu, la coordinatrice évoque les montages financiers qui prévalaient jusqu'alors, traces visibles du rôle pionnier des deux centres de santé de la métropole, qui ont largement contribué à sa structuration et qui expliquent la cristallisation du réseau autour de ces deux acteurs. L'extrait fait écho à celui cité plus haut, dans lequel le médecin coordinateur évoque son investissement personnel ainsi que celui d'une poignée d'autres acteurs dans la constitution du réseau. Ensuite, en lien cette fois avec la clarification que souhaite opérer l'ARS dans le fonctionnement du réseau, il apparait que deux tâches centrales tendaient jusqu'alors à se confondre : « *la coordination des acteurs et des prises en charge* » et « *la prise en charge en tant que telle* ». Alors que cette dernière est assurée par les membres du réseau, la coordination est le mandat propre du réseau (Hughes 1958), et en l'occurrence des professionnels qui sont rémunérés pour assurer cette coordination. C'est enfin le troisième point central que suggère cet extrait : la coordination est double. D'une part, une coordination socioadministrative est assurée par la personne interrogée (encadré 7.9) ; d'autre part, une coordination médicale existe également pour les « *situations complexes* », et elle est assez étroitement liée au travail de prise en charge lui-même.

Encadré 7.9 : les trajectoires socioprofessionnelles des coordinatrices du RSP.

Au cours de l'enquête de terrain, deux professionnelles ont successivement assuré la régulation et l'organisation du RSP. Âgée de 44 ans, Sophia Lozzi est titulaire d'un master de sciences sociales, en politiques publiques locales de santé. Diplômée au début des années 2000, elle commence à travailler en 2003 dans le cadre d'une étude sur les troubles du langage, puis coordonne un premier réseau de santé consacré à la périnatalité à partir de 2004, en dehors de la métropole lilloise. Elle devient coordinatrice du réseau santé-précarité en 2008, poste qu'elle occupe jusqu'à la fin de l'année 2015, pour devenir coordinatrice d'un conseil local de santé mentale. Sa trajectoire est marquée par une inscription précoce et continue dans le secteur médico-social, et par des postes qui la placent *de facto* comme à l'interface des mondes sociaux et médicaux. Elle explique que son début de carrière professionnelle a coïncidé avec la période de structuration des réseaux de santé, et plus largement, avec la création de dispositifs participatifs et coopératifs entre professionnels de statuts et disciplines différents, dans le cadre de la promotion de la « démocratie sanitaire ».

Carole Laduc prend sa relève dès le début de l'année 2016. Âgée de 37 ans, fille d'ouvrier et de mère au foyer, elle est d'origine picarde – au regard de sa carrière, elle explique en riant « *comme quoi, on peut s'en sortir* ». Elle est titulaire d'une maitrise d'histoire de l'art et d'un master en management des institutions culturelles. En lien direct avec sa formation, elle commence par travailler dans la coordination de projets culturels et artistiques associatifs. Elle intègre le secteur sanitaire à la faveur d'une promotion professionnelle, et dans la perspective d'étudier les liens entre « art et folie » : elle est recrutée en tant que cadre de proximité dans un EPSM, à la fois pour mener des projets culturels et pour coordonner une équipe pluridisciplinaire. Elle explique avoir été surprise par la facilité à travailler avec les médecins et sa difficulté croissante à travailler avec les « artistes », ce qu'elle lie aux nombreux « *temps de travail partagés* », à une proximité et une relation privilégiée avec les premiers, et aux caprices des seconds. Épuisée par cette mission, elle saisit l'opportunité du poste de coordination du réseau : son expérience l'a familiarisée avec les acteurs du secteur médico-social et l'a disposée à travailler avec des professionnels de santé. Sa trajectoire témoigne d'une nette promotion sociale, qui explique en partie son attrait pour le poste qu'elle occupe actuellement, en dépit d'un statut de contractuelle de la fonction publique, à l'origine de ce qu'elle identifie comme une « *certaine précarité* ».

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

La plupart des travaux qui ont analysé les effets des réseaux de santé sur l'organisation et la pratique du soin ont montré que l'appropriation de la coordination par les professionnels était un enjeu central des effets de ces dispositifs (Schweyer 2005, 2010 ; Robelet, Serré, et Bourgueil 2005). Cette appropriation est liée aux spécialités des réseaux, à l'histoire des secteurs dans lesquels ils se structurent et au degré de spécialisation des activités médicales dans ces secteurs. Robelet, Serré et Bourgueil comparent ainsi des réseaux de gérontologie et de soins palliatifs. La prise en charge des personnes âgées et dépendantes a longtemps été étroitement liée à la politique sociale de prise en charge des indigents (Capuano 2018). Si, au cours du XXe siècle, s'est constitué un champ relativement autonome de prise en charge de la vieillesse en lien avec le développement de la gérontologie-gériatrie comme spécialité médicale (Rémi Lenoir 1979), la modification de la structure des âges et des rôles familiaux et la création d'un marché autour de cette prise en charge (Delouette et Nirello 2016, 2017), les médecins investis dans ce champ ont davantage cherché à structurer et défendre cette spécialisation qu'à s'investir dans la prise en charge pluridisciplinaire de la vieillesse (Robelet, Serré, et Bourgueil 2005) ; à l'inverse, en dépit de spécificités fortes qui démarquent la pratique des soins palliatifs de l'organisation médicale générale, les médecins investis dans ce secteur n'ont pas ou peu cherché à affirmer une quelconque spécialisation, mais plutôt à travailler de concert avec les autres professionnels investis (Castra 2003). De sorte que dans ce secteur, « *la question de la coordination ne se pose pas, elle est censée émerger de façon spontanée du travail "pluridisciplinaire"* » (Robelet, Serré, et Bourgueil 2005, p. 242).

Le réseau santé-précarité, s'il est plus proche de ce second modèle, ne peut pas y être totalement assimilé. Comme pour les soins palliatifs et contrairement à la gériatrie, il n'existe pas de spécialité médicale centrée sur le soin des pauvres. Néanmoins, le développement du secteur médico-social et le renouveau que connait la médecine sociale à la fin du XXe siècle participent d'une spécialisation informelle des acteurs qui s'y engagent, cet engagement étant lui-même lié à diverses prédispositions (Marichalar et Pitti 2013 ; Mariette et Pitti 2016 ; Geeraert 2017) que l'on retrouve chez les deux médecins les plus investis dans le réseau[177]. La mobilisation d'acteurs investis dans le soin des pauvres préalablement à l'existence formelle du réseau et leur interconnaissance de longue date influent sur l'efficacité de la coopération et contribuent à ce que la coordination n'apparaisse pas comme un enjeu central :

[177] Les trajectoires de Paul Gisan et Marie-Claire Reid ont déjà été restituées dans les encadrés 3.9, p. 296 et 4.15, pp. 368-369. On peut en rappeler quelques éléments saillants ici : ils sont issus des classes moyennes et témoignent d'une socialisation religieuse marquée dont ils expliquent qu'elle motive leur engagement auprès des sans-domicile. Tous les deux s'installent en libéral avant, ou en parallèle, à cet engagement. Un effet de genre s'observe, puisque Reid explique renoncer à son activité libérale principalement en raison de la quantité de travail qu'elle implique et qu'elle n'arrive plus à combiner à son activité domestique. Le salariat est synonyme d'un cadrage plus net de ses activités professionnelles. Gisan n'entre dans le salariat que progressivement, d'abord en plus de son activité libérale, puis à temps plein à partir de 2012. Tous les deux sont très impliqués dans le réseau santé-précarité, au sein duquel ils incarnent des figures d'autorité respectées.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Donc ensemble on se réunissait pour voir des situations, des cas cliniques, des cas concrets de gens où on ne savait pas ce qu'il fallait faire, où on s'en sortait pas. C'était les premières réunions, les premières intervisions autour de cas concrets. Par exemple les équipes de liaison en addictologie, c'était nécessaire, bon bah on y va, on a aidé à créer ça. Les lits infirmiers aussi. Ce noyau est devenu vraiment un centre de réflexion, on se retrouvait tous les mois, on mangeait ensemble, et puis on se réunissait le midi, entre 2, 3 heures, pour plancher sur des situations concrètes et travailler ensemble, se connaitre : dès qu'il y avait une nouvelle association, elle venait, elle se présentait, et voilà.
>
> Paul Gisan, médecin coordinateur du réseau, 63 ans

Dans cet extrait, le « *on* » désigne un ensemble d'acteurs qui, préalablement à la création officielle du réseau en 2005, travaillaient déjà ensemble. On le verra plus loin, ce « on » relativement indéfini se mue au cours des réunions en un « nous », qui renvoie cette fois à une identité revendiquée et appropriée, à des degrés divers. Avant la formalisation du travail de coordination, cette identité commune se rattachait à des affinités électives liées aux origines sociales des acteurs, aux motivations à l'origine de leur engagement professionnel et au sentiment d'œuvrer dans le même sens (voir notamment chapitre 3). Dans ce contexte, l'existence du réseau constitue une solution plutôt qu'un problème. Plus loin dans l'entretien, ce médecin ajoute :

> C'est bien, c'est toujours intéressant. Moi une réunion d'intervision, ça fait je ne sais plus combien d'années… j'en ressors, c'est passionnant quoi, je suis reboosté. Je suis en forme ! Non mais c'est vrai, parce que c'est des gens motivés, intéressants, y'a toujours de nouvelles personnes, y'en a qui sont là depuis plus de 15 ans mais qui sont toujours passionnés.
>
> Paul Gisan, médecin coordinateur du réseau, 63 ans

L'engagement professionnel dans le réseau et les échanges que celui-ci accueille tendent à effacer la dimension laborieuse de la coordination médicale, dans la mesure où celle-ci repose sur la dimension collective du travail de soin, à l'origine d'une reconfiguration des rapports entre soignants et soignés et d'une remise en question du colloque singulier. Néanmoins, comme on a cherché à le montrer tout au long de cette thèse, la pluridisciplinarité de la prise en charge, si elle relève désormais d'une forme d'évidence, n'est pas simple à mettre en œuvre. Elle repose plutôt sur un travail de longue haleine et elle est parfois à l'origine de tensions, d'incompréhensions, ou de concurrences professionnelles.

La division du travail de coordination prend alors tout son sens. En effet, le bon fonctionnement du réseau repose sur le travail de fond de la coordinatrice, dont les tâches sont diverses mais peu valorisées au regard du travail de coordination et de prise en charge médicales. Cette précision est importante, notamment parce qu'elle est largement occultée par la plupart des travaux sur les réseaux de santé, qui restent le plus souvent focalisés sur effets les plus visibles en termes d'accès et de continuité des soins. S'il est pertinent pour appréhender les effets du travail *en* réseau entre professionnels de santé de différents statuts et disciplines, à travers la distinction entre professionnels captants et non-captants, le modèle proposé par Henri

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Bergeron et Patrick Castel (2010) ne permet pas de saisir le travail *du* réseau lorsqu'il ne relève pas de la pratique du soin, mais du travail d'organisation et de coordination socioadministrative. Ce travail conditionne pourtant l'existence du réseau et s'effectue en arrière-plan de la coordination médicale :

> Les décisions du comité de pilotage [COPIL] me permettent d'avoir des orientations de travail. Après, le RSP c'est 9 membres fondateurs, et finalement pour chacun des membres fondateurs je vais avoir un, deux, ou trois relais-ressources privilégiés que je vais facilement interpeler, aller les voir pendant des temps de travail, pour mettre à bien les missions. Donc ce qui fait qu'on est… finalement, il y a 8 membres fondateurs actifs, l'URIOPSS, euh… l'URPS-ML est un peu moins active au quotidien (rires), donc ce qui fait huit membres, donc on peut dire qu'il y a une quinzaine de personnes sur lesquelles je vais m'appuyer de manière plus importante. Et au sein de ces quinze personnes, il y a cinq personnes avec lesquelles j'ai des rendez-vous mensuels, pendant lesquels on fait le point. Alors en fonction… de leur fonction, de leur statut, je vais aborder plutôt des sujets médicaux, plutôt des sujets financiers, etc. mais voilà, il y a un suivi beaucoup plus régulier de l'actualité, des actions, des projets, et des situations, ce qui est à la fois le versant action/activité du réseau et puis après il y a le versant des situations compliquées pour lesquelles il y a besoin de se concerter pour voir qu'est-ce qu'on peut faire comme proposition aux partenaires sur telle ou telle situation.
>
> **Ce à quoi servent les intervisions.**
>
> Voilà !
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Le travail de coordination socioadministrative implique de tisser et de maintenir le lien entre les acteurs membres du réseau, de monter des projets et d'en assurer le suivi, ou encore de maitriser des registres d'argumentation divers (« *en fonction de leur statut, je vais aborder plutôt des sujets médicaux, plutôt des sujets financiers* »). La coordinatrice opère en outre une distinction assez nette entre le travail de concertation – public, au vu et au su de tous les membres du réseau – qu'impliquent les situations compliquées et qui apparait comme un travail collectif ; et son propre travail – en arrière-plan, peu visible – de liaison avec des personnes ressources. Au-delà de ce travail de fond, la coordinatrice doit s'assurer du maintien de l'ensemble des conditions de réalisation du travail de réunions et de liaison :

> Une intervision, c'est pas seulement l'animation : c'est le fait de mobiliser les partenaires à être présents à l'intervision, c'est les comptes-rendus, c'est répondre aux partenaires qui auraient pas identifié la personne qui veut parler de la situation, et puis aussi faire un suivi de situation, ce qui est pas simple parce que souvent… par exemple, un éducateur va demander le passage en intervision. Bon, il est content, ou pas (rires)… des pistes qu'on lui propose, et en fait on a rarement des nouvelles de la personne… je dois un peu être à la chasse aux infos, sachant que… c'est un public un peu volatile, donc c'est pas toujours simple d'avoir des retours et le suivi de la situation. Donc les intervisions, les formations éclair en effet, sur l'aspect formation, culture commune, le COPIL, qui prend du temps et puis qui rythme les séquences de l'année, l'assemblée générale… donc ça, c'est au niveau des instances, après on a des groupes de travail. Donc on a un groupe de travail interprétariat, un groupe de travail pédopsychiatrie-précarité, un groupe de travail patient-traceur […]. Le dossier social partagé qui est un autre groupe de travail… donc voilà, y'a quand même quelques groupes de travail qui se réunissent alors sur des… qui ont des périodicités assez variables. […] Donc voilà, y'a les intervisions, les formations éclair, ça c'est le quotidien, les trucs qui roulent, qu'il faut suivre mais qui roulent, et puis après y'a ces groupes de travail qui peuvent amener à donner un peu de travail complémentaire. *In fine*, c'est toujours pour améliorer la prise en charge.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Et toi tu participes à tous les groupes de travail ?

Je les anime oui. C'est ça (rires). Donc ça fait beaucoup.

Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

L'extrait qui précède résume l'étendue du travail réalisé par la coordinatrice du réseau, qui concède que « *ça fait beaucoup* ». Sans être totalement invisibilisé, ce travail est principalement effectué en coulisses, et peu valorisé par rapport aux résultats auquel aboutit le travail en réseau. Le travail médical prend, ici aussi, le dessus sur le travail « paramédical », le terme ne renvoyant pas ici à un travail technique de réalisation de soins, mais au déploiement d'un cadre de travail propice à la réalisation de la prise en charge médicale. Un tel travail contribue à forger et à faire tenir l'armature du réseau, en maintenant certaines activités à flot, en assurant les liaisons entre les différents partenaires ou encore en justifiant auprès des tutelles financières – l'ARS – et professionnelles – le COPIL – le travail réalisé. Cette infrastructure fournit le cadre propice et nécessaire aux échanges professionnels, dont l'observation donne à voir les mécanismes et les obstacles à l'œuvre dans la formation d'une culture professionnelle commune aux acteurs locaux de la prise en charge.

2. Le travail en réseau : coordonner la prise en charge

L'essentiel du travail *en* réseau n'est pas directement accessible à l'observation. De nombreuses procédures s'opèrent lors de rendez-vous en face à face, par échanges d'emails ou de coups de téléphone. Entre ces différents échanges a pourtant lieu une phase de travail directement accessible : les « *intervisions* » du RSP, qui sont un espace de discussions et de concertations pour les professionnels de la prise en charge (encadré 7.10).

Encadré 7.10 : le déroulement des intervisions du RSP.

Les intervisions du RSP désignent des temps d'échanges entre professionnels de statuts, de métiers et d'affiliations institutionnelles différents, ayant en commun de participer, de près ou de loin, conjoncturellement ou structurellement, à la prise en charge des personnes sans-domicile sur le territoire de la métropole lilloise. Elles ont lieu une fois par mois, le jeudi midi entre 12h et 13h30 : ce créneau est choisi de manière à ce que les participants ne prennent pas sur leur temps de travail et pour qu'un maximum de personnes y participent. Le plus souvent, la ville de Lille met une salle à disposition dans la mairie. Lorsque ce n'est pas le cas, un « partenaire » membre du réseau accueille l'intervision : le plus souvent, c'est l'un des hôpitaux qui s'en charge.

Une trentaine de personnes, parfois davantage, sont présentes. La grande majorité des professionnels présents sont des femmes. Un tour de présentation est fait à chaque fois, ce qui m'a permis d'observer l'hétérogénéité des statuts des personnes présentes (infirmières, médecins, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, stagiaires, tuteurs, psychologues, psychiatres, infirmiers en psychiatrie…) et des structures (centres de santé, hôpitaux, maraudes, EPSM, tutelles, curatelles, CHRS, CMP…). Le rapport d'activités de l'année 2017 souligne que 40 % des professionnels présents sont des travailleurs sociaux, et 30 % des professionnels soignants. Lors de la première intervision, j'ai présenté ma recherche de manière

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

relativement détaillée ; par la suite, je me suis tantôt présenté comme doctorant, étudiant ou sociologue. Contrairement à d'autres terrains, les participants que je ne connaissais pas déjà n'ont pas cherché à en savoir plus sur mon travail et les opportunités de discussion étaient limitées, chacun-e partant rapidement en fin de réunion.

Au total, une vingtaine d'intervisions ont été observées, principalement entre juin 2014 et février 2016, puis de nouveau à partir de l'automne 2018 ; lors de chaque intervision, entre 2 et 5 situations sont présentées. En plus des notes et des verbatims recueillis au cours de ces échanges, les entretiens réalisés avec les coordinatrices du réseau et les deux médecins qui y participent éclairent leur fonctionnement. L'objectif des intervisions du RSP est la résolution, par l'échange d'informations et de conseils, de situations dites « *problématiques* », « *complexes* » ou « *compliquées* ». La complexité est caractérisée par deux critères :

> En fait il y a deux critères un peu obligatoires : c'est cette idée de… est-ce que ça mérite l'intervision ? Dans le sens où, si c'est juste réorienter la personne sur un centre de santé, bon, on va pas passer la situation en intervision. L'autre chose, c'est qu'il faut qu'il y ait une problématique santé. Ça peut pas être qu'une problématique sociale qui va être abordée en intervision.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

De fait, comme on l'a évoqué tout au long de cette thèse, un nombre important de situations sont considérées comme complexes parce qu'une dimension médicale, avérée ou non, est identifiée. Au-delà ou en deçà du diagnostic qui justifie le recours aux intervisions, l'un des objectifs peut être de diagnostiquer cette dimension, ou de mettre en place des mesures permettant un diagnostic formel. D'autre part, de même que dans les réunions hebdomadaires, le caractère complexe ou problématique s'incarne lorsque les procédures d'accompagnement routinisées ne permettent pas de répondre adéquatement aux caractéristiques identifiées d'une situation :

> Il m'arrive du coup, et c'est le premier filtre, d'avoir un appel et en fait je me rends compte que cette personne elle ne sait pas qu'il y a des permanences de tel partenaire sur telle structure, en fait *a priori* ça peut se débloquer juste par ça et du coup je le conseille et je me tiens à disposition pour savoir si ça a fonctionné. Mais bon, on n'a pas besoin d'intervision pour ça. Donc voilà, un premier entretien téléphonique, qui va me permettre de me dire : oui c'est pertinent…
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Comme elle l'explique ici, la coordinatrice évalue en amont la nécessité d'avoir recours à l'intervision. Cette nécessité renvoie à la fois à l'épuisement des solutions envisagées, mais aussi à l'épuisement des professionnels et à leur sentiment d'impuissance. La prévalence des troubles et symptômes affectant le comportement explique cet épuisement : en 2017, 71 % des situations présentées le sont à l'initiative de travailleurs sociaux, mais 57 % des cas présentent un problème d'ordre psychique, 38 % une ou plusieurs addictions, 47 % des troubles neurocognitifs (rapport d'activités 2017). Dans ce contexte, le réseau joue un rôle de ressource supplémentaire mobilisable pour établir un diagnostic, modifier le diagnostic initial par un

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

travail de réévaluation du problème à résoudre, ou tenter de proposer un traitement qui n'a jusqu'alors pas été envisagé (encadré 7.11).

Encadré 7.11 : notes de terrain, les intervisions du RSP.

Jeudi 18 septembre 2014.

La coordinatrice ouvre la réunion, remercie les présents (une trentaine) d'être là pour cette « *intervision de rentrée* ». Elle rappelle le principe, en disant qu'il s'agit d'un espace de « *parole, de conseil et de codécision* ». L'intervision sera consacrée à 5 situations individuelles « *assez lourdes* ». Elle propose un rapide tour de table avant d'enchainer et de donner la parole pour la première situation. Elle rappelle que les situations doivent être anonymisées « *pour le respect de la personne* ».

Une infirmière en addictologie présente le premier cas. Il s'agit de Frédéric L., 51 ans.

Il s'agit d'un homme qui bénéficie du RSA depuis longtemps (RMI auparavant). Il est domicilié et a un suivi psychiatrique en CMP. Il a récemment été hospitalisé. Il consomme massivement de l'alcool depuis 20 ans, et il a connu des périodes de sevrage. L'infirmière précise néanmoins que le sevrage est compliqué et toujours temporaire, puisque « *même avec un projet derrière [postcure ?], il ne va pas au bout* ». Il est hébergé au sein d'un CHRS [le CHRS 1 étudié dans cette thèse] depuis le 2 mai : ça a bien marché pendant une période assez longue, mais il a disparu ces derniers jours. Pas entièrement, semblerait-il : il revient pour dormir, des collègues de la personne qui présente l'ont vu.

La déficience intellectuelle est soupçonnée : la diagnostiquer pourrait permettre à la personne de toucher l'AAH. Le coordinateur médical pose la question de l'existence de troubles cognitifs, qui pourraient permettre aussi la perception de l'AAH ; un travailleur social qui connait aussi l'usager répond : « *C'est plutôt de la déficience mentale, je pense* ». Les échanges continuent : certains professionnels évoquent « *le grand écart* » de cet homme entre ses périodes de boisson et celles de sevrage. Une éduc demande si le suivi psychiatrique n'a pas permis de diagnostiquer un éventuel retard ou des troubles cognitifs. L'infirmière en addicto répond que non : le coordinateur médical dit qu'un tel diagnostic nécessite une période de sevrage, sans quoi on ne sait pas ce qui relève de l'ivresse ou de la maladie.

Le coordinateur conclut là-dessus : il faut mettre en place une période de sevrage avant de statuer. On en profitera pour diagnostiquer médicalement le « *retard* » avant d'aller plus loin. L'infirmière est chargée de préparer le sevrage, tandis que le coordinateur médical assure que tout sera prêt pour le diagnostic lorsque le sevrage sera en place.

La deuxième situation est celle de Patrick G., 62 ans, évoquée par une assistance sociale hospitalière.

Bien connu des centres de santé et de l'infirmier du Samu social, il a récemment été hospitalisé suite à une crise compulsive avec perte de connaissance. Le monsieur semble avoir un gros problème d'alcool, ancien. Il est « *MMS à 12/3 [12/30]* » dit l'assistante sociale. Un murmure commence, le coordinateur médical intervient pour expliquer : « *ça veut dire Mini-mental state ou test de Folstein, pour l'évaluation des fonctions cognitives et de l'amnésie* ». Il ajoute que ce résultat « *n'est pas bon* », c'est-à-dire que ce « *monsieur a des troubles cognitifs sévères* ». L'AS ajoute qu'étant donné l'état de l'homme, l'hôpital ne le laisse pas sortir pour l'instant. Mais cet état ne s'améliorera pas, ou peu, et l'hôpital ne pourra pas le garder indéfiniment. Des demandes ont été faites aux LHSS, aux FAM, refusées étant donné qu'il ne s'agit pas du « *bon profil* » d'usager. Une demande d'EHPAD a également été faite, et acceptée dans deux cas. Mais cela coûte trop cher, et ses enfants refusent de payer.

De questions sont alors posées sur la famille : l'AS décrit une famille recomposée, le père n'a élevé que deux de ses 5 enfants, et ceux qui ont été lésés refusent de payer l'obligation alimentaire. Refus qui s'étend à l'ensemble de la fratrie par solidarité, alors qu'elle est solvable. Une AS d'un centre communal d'action sociale (CCAS) précise que l'aide sociale n'est pas envisageable dans ce cas. Une dame intervient pour préciser qu'il faut faire jouer des options incluses dans les retraites complémentaires pour les EHPAD. L'AS de l'hôpital ajoute que « monsieur n'est pas capable » de s'en sortir tout seul : elle explique que ce monsieur dit « merci à toutes les questions », ce qui suscite un moment de détente de la situation par le rire. Le coordinateur médical dit en souriant : « C'est bien ça ». Il reprend : « Plus sérieusement, il faut privilégier une situation d'hébergement plutôt, sur une solution médicale ». Un éduc du Samu social dit tout de suite que « s'il n'a pas l'ancienneté, ça prendra des années » : ça ne peut pas être la solution.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Une action en justice pourrait être intentée auprès de la famille, mais prendrait plusieurs années : l'hôpital ne gardera pas l'homme aussi longtemps. Il faut donc passer par la question médicale. Les membres se mettent ainsi d'accord pour relancer les solutions médicales déjà tentées : LAM, LHSS, en s'appuyant sur l'influence des personnes présentes et l'activation de leur réseau. Le coordinateur dit qu'il « fera un mail » pour les LHSS. La situation semble alors résolue, sans que je comprenne pourquoi.

La présentation de ces situations est très représentative du fonctionnement des intervisions. Elles sont à chaque fois présentées par la personne qui a sollicité l'intervision en précisant des informations socioadministratives (âge, situation familiale, droits sociaux, éléments connus du parcours de prise en charge) et médicales (pathologies et troubles, identification d'un médecin traitant ou d'un suivi médical, caractère urgent de la situation, mesures à prendre). Ces deux dimensions sont souvent très étroitement liées et influent l'une sur l'autre, au point que les professionnels peuvent avoir du mal à statuer sur la qualification du problème à résoudre – hésitation emblématique des réunions pluridisciplinaires du secteur médico-social (Borelle 2017a, 2017b). C'est particulièrement visible dans la seconde situation, où l'homme pourrait se voir proposer un hébergement non médicalisé à sa sortie d'hôpital : une solution rapidement envisagée et tout aussi rapidement évacuée, son ancienneté n'étant pas suffisante pour accéder au système d'hébergement. Sa situation est alors re-médicalisée, non par la qualification de son état comme pathologique (Conrad 1992), mais par le biais du traitement identifié que le réseau est en mesure de lui apporter, à savoir un hébergement médicalisé. Autrement dit, la solution apportée par le réseau contribue à définir le problème. La première situation pose quant à elle la question du diagnostic médical, la forte marginalisation de l'homme et son alcoolisation quasi constante empêchant de poser un diagnostic définitif sur ses troubles cognitifs – qui néanmoins sont identifiés comme bien réels. Ce type de situations s'est fréquemment présenté au cours des intervisions. Une pathologie ou un trouble peut être suspecté par un acteur, professionnel de santé ou non, et l'attente implicite vis-à-vis du réseau et de ses membres est alors d'obtenir confirmation de ce pré-diagnostic ; en cas de réfutation, l'attente porte sur la proposition d'un autre diagnostic à partir de la description approximative de symptômes et de comportements anormaux, ou sur la mise en place d'une procédure devant mener au bon diagnostic. Ici encore, le fonctionnement du réseau permet d'observer la dimension séquentielle du diagnostic comme le résultat d'un processus d'inférence individuel et collectif plutôt que l'apposition mécanique d'un savoir scolaire à un exemple empirique (Dodier 1993; Borelle 2017b). Le réseau constitue ainsi un réservoir de connaissances et de savoirs experts (Freidson 1970), indirectement mobilisables par la participation des membres aux intervisions.

Un autre élément mérite d'être relevé. À l'issue de la seconde situation, le médecin coordinateur annonce qu'il « *fera un mail* » pour relancer la solution des hébergements médicalisés (Lits halte soins-santé – LHSS ; lit d'accueil médicalisé – LAM), alors que ces derniers ont déjà répondu négativement à la demande. À première vue anecdotique, cette phrase

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

exprime l'idée d'usage d'un pouvoir et d'une autorité légitime, qui s'incarnent dans la figure du médecin (Foucault 1963, 2004 ; Chauvenet 1978). Implicitement, le médecin semble ici annoncer qu'il compte jouer de son influence pour tenter d'obtenir une place. Or, en le mettant à disposition des autres membres du réseau sans contrepartie visible, le médecin renforce en réalité ce pouvoir symbolique, beaucoup plus qu'il ne le disperse. Les analyses de Pierre Bourdieu sur le don et ses usages sociaux, en particulier ses analyses de la mobilisation du prestige, ou du « *capital d'honneur* » converti en service rendu au sein des économies d'échanges symboliques (Bourdieu 2017, pp. 74-124), trouvent ici une illustration emblématique. Dans l'extrait qui suit, la coordinatrice confirme cette influence :

> C'est aussi ce qui peut être le petit élément qui peut faire basculer la faisabilité de quelque chose, c'est aussi le temps que je vais pouvoir moi, offrir à l'issue, pour mobiliser un partenaire qui aurait peut-être dit non directement si c'était la maison-relais qui avait appelé, mais c'est le réseau qui le demande, et du coup l'engagement est un peu différent pour le partenaire sollicité. Il va peut-être accepter de faire… un petit écart sur les critères d'intervention, voilà, ça peut aider.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Les intervisions ont donné à voir à plusieurs reprises ce type de « *petits écarts sur les critères d'intervention* », confirmant l'idée d'une influence notable du réseau et de ses membres sur le fonctionnement du système local de prise en charge. L'engagement durable, indissociablement personnel et professionnel de ses membres joue sur cette influence. À travers le réseau, comme dans les commissions d'hébergement étudiées dans le précédent chapitre, se donnent à voir des négociations, contournements et remises en question plus ou moins directes de l'ordre institutionnel (Strauss 1992 ; Dubois 2017). De façon discrétionnaire, les professionnels de la prise en charge parviennent à influer marginalement sur les règles qui structurent le système. C'est principalement le cas de ceux qui occupent une position privilégiée dans la division du travail et qui, en raison de leur statut ou de leur ancienneté, maitrisent les rouages du système local de prise en charge.

3. Le travail en réseau face aux contraintes structurelles

En dépit des solutions qu'il fournit, le réseau et la mise à disposition des ressources qu'il opère ne sont pas des solutions automatiques et systématiquement couronnées de succès. On l'a vu dans le précédent chapitre : la régulation du système d'hébergement est faite de règles, de négociations autour de ces règles et de jeux d'influence et de légitimités (Strauss 1985, 1992). Les situations préoccupantes elles-mêmes ne font pas l'objet d'une priorisation automatique, et le degré de saturation du dispositif tend à limiter les accès discrétionnaires à celui-ci. Il en va de même avec le réseau : lors d'une intervision au milieu de l'année 2015, alors que se pose la question de faire accéder une personne à un lit d'accueil médicalisé, les

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

deux coordinateurs – administrative et médical – disent s'être fait « *remonter les bretelles* » à propos des « *passe-droits* » que le réseau tendait à créer. Les contraintes structurelles qui pèsent sur le système de prise en charge imposent des limites, difficilement contournables :

> Si c'est de la réorientation, on arrive à avoir un pouvoir là-dessus. Quand c'est des personnes qui sont inscrites depuis peu au SIAO, bah ils ont pas suffisamment d'ancienneté et c'est devenu de plus en plus difficile de « prioriser » entre guillemets une situation complexe santé sur le dispositif d'hébergement. Sur les hébergements médicalisés, on est aussi sur un principe de saturation… donc ce qui fait qu'en fait au fil du temps, on est un peu moins productifs sur cet enjeu-là, mais parce que le contexte est extrêmement contraint en termes de disponibilités.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Le réseau ne constitue donc pas une solution miracle. En dépit des avantages qu'il procure, il bute sur des obstacles structurels, tels que la pénurie des ressources de prise en charge, les zones grises du droit, ou encore le sentiment d'impuissance des professionnels face aux situations pour lesquelles ils estiment avoir déjà tout tenté (encadré 7.12).

Encadré 7.12 : notes de terrain, les intervisions du RSP.

Jeudi 16 octobre 2014.

J'arrive en retard à l'intervision, du fait de son changement de lieu. Je m'assieds rapidement, et j'ai juste le temps d'entendre la fin de la première situation présentée.

Je comprends qu'il s'agit d'un homme seul, étiqueté comme « grand marginal ». Un éducateur dit qu'il est très difficile de nouer un lien avec lui au CHRS. Il dit qu'il lui faudrait un suivi psychologique, auquel l'homme est complètement réticent. La situation semble très compliquée. La coordinatrice l'exprime : « *Bon, on est un peu dans une impasse sur ce cas… Paul ? [elle interpelle le médecin coordinateur]* ». Celui-ci reste muet. La coordinatrice va passer à autre chose, mais le médecin finit par s'exprimer : « *Il faut le ramener vers le soin, l'amener à se sevrer, sinon je ne vois pas comment avancer* ».

Il est entendu que l'éducateur essaie une nouvelle fois de lui proposer un suivi, en accord avec l'EMPP, pour qu'un infirmier-psychiatre et une psychologue passent voir cet homme. L'éducateur souffle, parait résigné. Je crois comprendre qu'il a déjà tenté cette solution.

Cette situation illustre un recours infructueux au réseau, puisqu'il n'apporte pas davantage de solutions que celles déjà envisagées par l'éducateur. Ce type de situations s'est présenté à plusieurs reprises lors des intervisions observées et traduit bien un paradoxe constitutif des intervisions : en cherchant à répondre à des situations complexes, elles s'exposent à ne pas pouvoir prendre en charge cette complexité. Dans les entretiens la coordinatrice et le médecin coordinateur évoquent cette relative impuissance face aux situations trop complexes :

> Alors après on a quand même parfois des situations sur lesquelles on a très peu de pistes de travail… Je pense que pour les professionnels, ne serait-ce que d'avoir partagé la situation complexe, ça leur permet quand même de trouver du soutien, ils auront pas forcément des grandes pistes de travail mais ça leur permet de « vider leur sac » entre guillemets.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> Ça permet de prendre du recul aussi, parce que c'est pas évident : on se prend la grande misère dans la figure, on se prend des gens qui ont eu des vies, mais c'est… c'est du Zola à forte dose quoi. En plus, maintenant il y a les étrangers, donc on se prend vraiment des misères terribles quoi, et quelques fois, on n'a pas de réponse, et c'est terrible de ne pas avoir de réponse. Donc faut pas se blinder, pas s'effondrer, y'a un entre-deux, et le bon moyen c'est de le faire ensemble. Pour rester professionnel, compétent. Pas se blinder et pas non plus s'effondrer, parce qu'il y a des jours où c'est pas non plus évident. Et le travail en réseau, ça permet aussi de garder son âme et de garder ses compétences, et de garder son sang-froid, et son humanité.
>
> Paul Gisan, médecin coordinateur du réseau, 63 ans

Ces extraits témoignent d'une volonté de justifier, y compris dans ses échecs relatifs, l'existence du réseau. Tous les deux font référence à une forme d'impuissance et d'épuisement liés aux conditions de travail dans le secteur de l'exclusion. Face aux situations trop complexes, les intervisions jouent alors le rôle de lieu d'écoute : le réseau ne sert plus tant les usagers du système de prise en charge, que ses professionnels (Fassin 2004, 2006). Il s'agit de « *trouver du soutien* », de « *vider son sac* », de façon à « *rester professionnel, compétent* ». Les prises de position des coordinateurs marquent ainsi une forme de suspension du jugement, se veulent compréhensives, presque empathiques, et solidaires : « *Faut pas se blinder, pas s'effondrer, y'a un entre-deux, et le bon moyen c'est de le faire ensemble* ». Le travail en réseau joue alors un rôle exutoire : il est une soupape qui permet de délester les professionnels du poids des émotions qui sous-tendent leur travail d'accompagnement et sont largement occultées. Dans le cas du médecin, le professionnalisme apparait aussi comme un enjeu de droiture morale et éthique, presque spirituelle (Collovald 2001). Cela s'observe particulièrement bien à la fin de l'extrait de son entretien puisque pour lui « *le travail en réseau, ça permet aussi de garder son âme et de garder ses compétences, et de garder son sang-froid, et son humanité* ». Les intervisions permettent de déresponsabiliser les professionnels confrontés à l'échec de certains accompagnants, à la fois en soumettant les démarches entreprises au regard des pairs, mais aussi en socialisant – c'est-à-dire ici, en collectivisant – cet échec, ou en l'attribuant à des facteurs exogènes, structurels, sur lesquels les professionnels n'ont que peu de marge de manœuvre. Dans cette perspective, le rire a un rôle d'exutoire et permet d'alléger le poids moral et politique des répercussions réelles de l'impuissance des professionnels (encadré 7.13).

Encadré 7.13 : notes de terrain, les intervisions du RSP.

28 février 2019.

Beaucoup de personnes sont présentes aujourd'hui, comme d'habitude très majoritairement des femmes (5 hommes sur une quarantaine de participant-e-s). 3 situations sont évoquées.

Mme V, 74 ans.

Une assistante sociale d'un service ambulatoire de gériatrie présente la situation. La dame est accompagnée depuis septembre 2014. La dame a de nombreuses dettes, l'électricité a été coupée dans son logement, qu'elle ne semble pas habiter. L'AS évoque des consommations massives de tabac et d'alcool, une surdité partielle, une situation d'incurie, une absence de gestion du courrier. « *Madame* » est très méfiante, craint des cambriolages et vit la nuit. Le contact avec elle est très difficile, ne serait-ce que pour

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

savoir où elle se trouve. Selon elle, une prise en charge psychique est nécessaire ; une infirmière psychiatrique qui la connait confirme. Néanmoins, la dame refuse toute aide et tout soin : « *Il n'y a pas de demande, en dehors du logement* ».

La représentante du bailleur qui gère son logement intervient : dans le cadre d'une opération de rénovation urbaine, la dame va être relogée. Tout le monde parait surpris, personne n'était au courant. Des blagues fusent sur la « *chance* » de la représentante, qui est acceptée par la dame. L'AS initiale intervient et explique qu'effectivement, si le logement n'est pas au centre de l'accompagnement, la dame n'investit pas, et même abandonne, toute relation d'accompagnement. Elle poursuit : « *Nous ce qui nous a inquiétés, c'est sa santé, elle est dans un délire de persécution* ». Toute tentative de rencontre est vouée à l'échec. L'AS donne un exemple pour illustrer le « *délire de persécution* » : il y a un cadenas sur sa porte d'entrée, et la dernière fois qu'elle a été autorisée à entrer, elle a constaté un écriteau sur une chaise du salon : « *On m'a déjà volé trois chaises, merci de laisser celle-ci* ». Les rires fusent dans la salle. […]

Le médecin coordinateur explique qu'il faudrait lui obtenir une reconnaissance de handicap. L'AS penche plus pour l'aide sociale à l'hébergement, dispositif d'aide financière pour les personnes âgées. Elle explique que la dernière fois qu'elle a vu la dame, « *madame m'a déposé son dossier, elle a franchi la porte !* » : son ton ironique suscite une nouvelle salve de rires, qui redouble lorsque la représentante du bailleur explique que le logement destiné à la dame est un « *T2 en rez-de-chaussée avec jardin* » […].

Les blagues et les salves de rires qui résultent de la présentation de la situation de « Madame V. » témoignent d'une prise de distance vis-à-vis de la complexité de la situation et du sentiment d'impuissance qui en résultent. Les comportements de la personne, qu'ils soient apparemment irrationnels, qu'ils témoignent d'un refus plus ou moins marqué de la relation d'aide, voire qu'ils s'inscrivent dans la perspective d'une amélioration de sa situation, sont source de rire et d'ironie. Au-delà de cette situation, la dérision intervient le plus souvent à propos des usagers eux-mêmes : ce qui, pour ces derniers, apparait déterminant, central, urgent ou particulièrement significatif… ne l'est pas nécessairement pour les personnes qui cherchent à les aider. Le rire arrive ainsi dans les coulisses du « *drame social du travail* » qui se déroule à travers la relation d'accompagnement (Hughes 1976). Il permet de dédramatiser les échecs et nourrit la connivence et l'entre-soi des professionnels (Arnal 2015a).

***

La description du travail *du* réseau et du travail *en* réseau permet de mettre en lumière la coopération des professionnels du secteur de l'exclusion. Parce qu'il met en contact des professionnels de statuts et de disciplines différents, le réseau contribue à diffuser une appréhension « bio-psycho-sociale » de la question SDF dans le système local de prise en charge. En participant d'une redéfinition des situations à traiter, les membres du réseau cherchent à apporter des solutions à certaines situations considérées comme problématiques parce que ne pouvant être prises en charges par les procédures d'accompagnement routinisées. Travail du réseau et travail en réseau constituent ainsi les deux facettes complémentaires de la constitution d'un espace de ressources (personnes, connaissances, pratiques) mises à disposition des participants. Si ces ressources sont inégalement réparties, leur partage par le biais du réseau vise, formellement, à construire un référentiel commun à l'ensemble des professionnels investis dans la prise en charge.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Section 3. Vers une culture professionnelle commune ? Dépassements et permanences des frontières professionnelles

Le travail de coordination, de liaison et de mise en relation effectué par le RSP témoigne de la coopération professionnelle entre les acteurs du secteur de la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes sans-domicile. Le réseau constitue, pour ses membres, un réservoir de ressources mobilisables lorsqu'ils se trouvent dans une situation d'impuissance ou d'incapacité liée à leur statut, leur profession, leur position dans la division du travail ou leur institution de rattachement. Autrement dit, il étend le champ des possibles en contribuant à mettre en commun les ressources que certains de ses membres possèdent ou sont en mesure de mobiliser : la capacité à soigner ou à faire soigner représente une ressource particulièrement valorisée au sein du réseau, et les personnes qui la détiennent en tirent des bénéfices symboliques. Dans cette section, on repart de ces réflexions afin d'interroger la diffusion des représentations partagées – ou non – par les professionnels de la prise en charge. C'est notamment l'idée de la formation et de la diffusion d'une culture professionnelle commune que l'on interroge, en montrant à la fois ses effets en termes d'harmonisation des pratiques et des représentations professionnelles, mais aussi en termes de maintien des frontières statutaires et disciplinaires. Afin d'analyser les effets du travail en réseau sur les professionnels qui l'assurent, on met en lumière la double socialisation qui s'opère à travers lui, en posant également la question de la réception de cette culture par les professionnels (I). On analyse les effets de la diffusion de cette culture professionnelle commune sur les frontières professionnelles de la juridiction, en se focalisant sur deux points qui semblent assez révélateurs : les appartenances professionnelles revendiquées ou assignées, et les usages professionnels du secret (II).

I. Une double socialisation *du* et *au* travail de prise en charge

La section qui précède a permis de souligner le rôle du RSP dans la résolution de situations identifiées comme « *complexes* », ou « *problématiques* » en raison de la pluralité des difficultés d'ordre social, médical ou psychique, rencontrées par les usagers et les professionnels qui les accompagnent. En soulignant le rôle formel de ce réseau, on a insisté sur sa fonction, en laissant de côté ses effets sur les professionnels eux-mêmes et donc sur leur manière d'appréhender le travail de prise en charge. Afin d'éclairer les effets propres du réseau, on évoque en parallèle et comme point de comparaison les commissions du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO). La première section a permis de souligner que les temps

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

d'échanges formels et informels participent de la désindividualisation de la relation d'accompagnement et qu'ils contribuent à l'harmonisation des pratiques à l'échelle des dispositifs étudiés. Il s'agit désormais de montrer que les temps d'échanges extérieurs à ces dispositifs, tels que les réunions du réseau ou les commissions d'accès à l'hébergement, visent aussi à cette harmonisation, à l'échelle cette fois du système local de prise en charge. Autrement dit, une socialisation commune est à l'œuvre auprès des professionnels qui participent à ces temps d'échanges. Dans cette optique, le terme « socialisation » est appréhendé de deux façons différentes : dans une perspective structurelle, marquée par une approche économique, la socialisation renvoie au travail de mise en commun, de collectivisation des ressources disponibles (1) ; dans une perspective plus spécifiquement sociologique, davantage centrée sur les groupes et les individus, la socialisation désigne la relation de transmission et de réception (effectives ou non) d'un ensemble de savoirs théoriques et pratiques participant de l'harmonisation des représentations et des pratiques professionnelles (2). Si l'on analyse distinctement ces deux dimensions, elles sont en réalité étroitement liées et participent ensemble de la diffusion d'une culture professionnelle commune aux acteurs de la prise en charge.

1. Mettre en commun, informer : la socialisation des ressources professionnelles

Les réunions des acteurs de la prise en charge contribuent à mettre en commun et à disposition des professionnels qui y participent un ensemble de ressources qui se rapportent à leur travail. Dans le cas des intervisions du RSP, il s'agit d'apporter des solutions à certaines situations considérées comme complexes, du fait qu'elles ne peuvent être prises en charge par les procédures d'accompagnement routinisées, ici aussi en raison de l'intrication des problèmes rencontrés. Or, si le travail partenarial est fondé sur la coopération des professionnels qui y participent, ces derniers n'ont pas le même statut, la même formation, la même expérience du secteur de l'exclusion, des usagers et des dispositifs existants afin de prendre en charge les problématiques rencontrées dans le cadre de leur travail. Autrement dit, les ressources dont disposent les membres du réseau sont diverses et inégalement réparties, et leur socialisation vise précisément à homogénéiser leur répartition et les usages qui sont susceptibles d'en être faits. Ces ressources sont de deux types : d'une part, il s'agit de connaissances abstraites, liées à la formation des professionnels en présence, contribuant étroitement à la légitimation de leur intervention dans le cadre de la prise en charge. Dans ce cadre, les connaissances médicales jouent un rôle central parce qu'elles constituent des ressources rares, très inégalement partagées par les professionnels en présence, très abstraites et peu accessibles aux non-professionnels de santé mais particulièrement valorisées dans le cadre de la prise en charge (Freidson 1970b). Dans le cadre du réseau de santé, la légitimité des connaissances et des ressources médicales est d'autant plus forte que le contexte où elles se déploient tend structurellement à les valoriser,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

puisque l'un des critères de présentation d'une situation lors des intervisions est précisément l'existence d'une « *problématique santé* ». L'autre type de ressources valorisables dans le cadre du travail partenarial regroupe les connaissances non plus abstraites mais interpersonnelles, en l'occurrence les systèmes de relations et d'interconnaissances. De fait, celles-ci peuvent être étroitement liées au statut professionnel et à la position occupée dans la division du travail, mais aussi à l'ancienneté dans le secteur de l'exclusion et au degré d'investissement au sein du réseau.

Le travail partenarial s'appuie précisément sur la mise en commun de ces ressources. Le RSP, comme le SIAO, mobilisent des outils qui leur sont propres et qui jouent un rôle de publicisation des activités des divers acteurs. Sur son site Internet, le réseau propose ainsi un « *espace documentaire* » qui met à disposition des publications liées aux liens entre santé et précarité, relatives par exemple aux questions d'addictologie et de migrations, au vieillissement des personnes en rue, etc. On y trouve également des informations relatives aux membres du réseau, leur contact et leur localisation, mais aussi des fiches sur des procédures d'accompagnement routinisées, telles les modalités de demande d'un LHSS ou d'un LAM, des fiches sur l'accès aux droits de personnes, dont la situation de précarité peut varier (demandeurs d'asile, personnes en situation de handicap, mesures de protection, etc.). Concernant le SIAO, comme on l'a déjà évoqué, le principal outil de mise en commun est le progiciel qui permet de centraliser l'ensemble des demandes et des places d'hébergement, ainsi que les informations relatives au profil des personnes sans-domicile. Parce qu'il permet un accès aux informations, le progiciel joue un rôle important dans la socialisation des informations et dans la réalisation d'un travail collectif autour des situations d'accompagnement (Nonjon et Marrel 2015b). Au-delà de ces outils néanmoins, les temps de réunion jouent un rôle décisif dans le partage d'informations et la formation d'un référentiel commun aux acteurs de la prise en charge :

> Le but c'est de partager, finalement, du savoir théorique, du savoir-être ou des techniques de travail, ou de la connaissance des ressources soit réglementaires, ou d'outils, et que cette information soit la même pour les acteurs sociaux, pour les acteurs médico-sociaux et pour les acteurs sanitaires. L'idée, c'est vraiment ce principe de : « *on partage tous* ». Alors après on mettra en œuvre selon notre profession, selon notre structure, mais on partage tous la même information.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Selon la coordinatrice, les informations diffusées dans le cadre des intervisions doivent être homogènes, indépendamment du statut et de l'institution de rattachement des professionnels présents. Cet idéal se heurte à des limites, dont la plus évidente est la socialisation professionnelle différentielle des acteurs de la prise en charge. Travailleurs sociaux, infirmières, médecins, psychologues et psychiatres, n'opèrent pas avec les mêmes outils ni les mêmes schèmes d'explication des problèmes qu'ils ont à résoudre. De sorte que dans le cadre des réunions, la visée de diffusion d'une information homogène à l'ensemble des

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

participants se traduit souvent par un effort de traduction ou d'explicitation de certains termes, ou des enjeux associés à certaines questions (encadré 7.14).

Encadré 7.14 : notes de terrain, les intervisions du RSP.

31 janvier 2019

Peu de personnes sont présentes aujourd'hui, 12 personnes en tout, dont 10 femmes, assistantes sociales, éducatrices spécialisées ou infirmières, ainsi qu'une médecin, qui supplée la coordination médicale. Les deux hommes sont infirmier psychiatrique pour l'un, médecin pour l'autre (coordinateur du réseau).

Une assistante sociale de l'hôpital présente la première situation. Il s'agit d'un homme hospitalisé en neurologie depuis la moitié du mois d'octobre. Âgé de 58 ans, il est célibataire et n'a pas d'enfants. De nationalité marocaine, il est en France depuis l'âge de 7 ans, mais n'a jamais fait de demande de régularisation de sa situation. L'AS évoque un « *conflit familial et l'absence de liens avec ses frères et sœurs* ». Sa mère et une amie d'enfance sont les seules personnes de son entourage. On sait peu de choses sur sa vie avant l'hôpital : sa situation se dégrade lentement, mais comme c'est le cerveau qui est atteint, il perd progressivement ses capacités de communication. L'AS précise qu'« *a priori, il a la maladie de Creutzfeld-Jacob* ». Les personnes présentes ont tiqué lors de l'énonciation de la maladie, et seuls les deux médecins ont acquiescé. L'une d'eux ajoute : « *C'est compliqué à diagnostiquer avant le décès »,* justifiant le « *a priori* » de l'AS. Celle-ci abonde à son tour : « *On a vu les premiers signes en mai-juin, normalement c'est 6 mois d'espérance de vie à partir de là* ». Le problème, c'est justement qu'il se dégrade « *trop lentement* », de sorte qu'il ne peut aller en soins palliatifs. Elle ajoute « *il est GR2 [c'est-à-dire très dépendant, grabataire], mais l'âge ne correspond pas* » au seuil des maisons de retraite. Il n'y a pas de solutions du côté de la famille, et l'absence de droits ouverts bloque toute prise en charge institutionnelle.

L'AS demande à ce moment s'il n'y aurait pas de places disponibles en lits d'accueil médicalisé, en attendant que l'homme puisse aller en soins palliatifs. La médecin qui coordonne l'accès aux hébergements médicalisés répond qu'en ce moment c'est complètement saturé. L'autre médecin explique que ce serait pourtant idéal, l'homme ne nécessitant, à ce stade, que des soins de « *nursing* ». Une éducatrice demande si l'hébergement non médicalisé ne pourrait pas suffire dans ce cas. C'est le médecin qui répond en expliquant que même si la situation est stable, elle risque de se dégrader rapidement avec cette maladie.

L'AS apporte d'autres éléments. Elle dit qu'on est au stade d'une absence quasi complète de communication : seuls les yeux de l'homme sont mobiles, il reste couché toute la journée. Les soins de nursing qui lui sont apportés sont la toilette, les repas et les changes. Il y a un silence. La coordinatrice prend la parole, pour résumer : « *La situation irrégulière bloque le social et toutes les démarches liées à des droits* ». L'AS ajoute que la procédure « *hôpital sous tension* » fait que les hospitaliers sont incités à faire sortir toutes les personnes qui ne relèvent pas du médical. Une éducatrice demande : « *Si vous avez pas de solution, vous le gardez ?* » - « *Bah… oui* » - « *Bon, bah gardez le !* (rires collectifs) ». Un court brouhaha s'ensuit, puis un nouveau silence. Une éducatrice posant la question de l'existence d'un risque de contagion, c'est l'AS de l'hôpital qui répond : « *Non, sauf à manger son cerveau* ». Nouvelle phase de rires. Plusieurs solutions sont envisagées, parmi lesquelles un appartement de coordination thérapeutique, par la médecin. Une éducatrice répond que les ACT nécessitent de l'autonomie et des ressources. Les échanges repartent sur l'absence de droits, qui bloquent tout. Une éducatrice blague : « *vous pouvez pas lui ajouter de la souffrance, ou lui faire faire de la prison ?* ». Nouvelle phase de rires. Le médecin coordinateur prend la parole, pour essayer de trancher. Dans cette situation de quasi-impasse, il suggère de solliciter les directions : la préfecture, l'ARS, l'hôpital, le consulat marocain… Il incite à argumenter autour de « *l'exception* » de la situation. La coordinatrice entérine cela, tandis que l'autre médecin s'engage à relancer du côté des lits d'accueil médicalisé pour tenter de débloquer un accès.

Au cours de la présentation de cette situation, plusieurs efforts de mutualisation des connaissances et d'explicitation de leurs enjeux sont opérés par les professionnels. La pathologie fait l'objet de diverses précisions, relatives à son diagnostic et au risque de contagion associé. Si ce sont principalement les médecins qui apportent des éléments de connaissance,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'assistante sociale de l'hôpital est également familière de la maladie. Des précisions s'observent aussi dans l'autre sens, du social vers le médical, par exemple à propos des critères d'accès au dispositif d'appartement thérapeutique et plus largement, sur ce qui est envisageable à partir des droits sociaux de l'homme en question. Au cours des intervisions, il n'y a pas d'influence uniforme du médical sur le social : un processus inverse existe aussi, qui suggère une socialisation réciproque. S'il y a médicalisation de la question sociale et du travail social, il y a également socialisation de la question médicale et de la médecine : cette dernière doit s'adapter à des usagers, des dispositifs, des partenaires qui la contraignent à infléchir une appréhension strictement clinique des maux qu'elle est amenée à traiter.

On le voit très nettement ici : la socialisation des informations, leur mise en commun, ne peut pas être dissociée de la socialisation des professionnels, c'est-à-dire de leur acculturation à des pratiques, des représentations et des connaissances qu'ils ne sont pas, ou seulement indirectement, amenés à mobiliser par ailleurs. Le réseau n'est pas uniquement un réservoir de connaissances-savoirs. Il est également un réservoir de connaissances-personnes, ou d'interconnaissances, susceptibles de mettre en œuvre et de faciliter des procédures par ailleurs complexes, sélectives ou saturées, grâce à la mise en relation des partenaires du secteur :

> Après ça permet aussi de maintenir des liens avec des gens qui sont capables de s'identifier, c'est tous ces petits temps-là qu'on est bien contents de trouver : « *Ah tiens pour monsieur Untel, j'ai pas eu le temps de t'appeler !* », tous ces temps qui sont extrêmement importants.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Parce qu'il met en relation des professionnels occupant des positions différentes dans la division du travail, et qui possèdent chacun un réseau de relations plus ou moins développées, le réseau permet l'accumulation et la mise en commun de capital social. Celui-ci a, comme l'a souligné Fabien Éloire en reprenant les premières analyses de Pierre Bourdieu sur le sujet, un « *effet démultiplicateur* » d'autres capitaux (Bourdieu 1980 ; Éloire 2011, 2014). En l'occurrence, le réseau santé-précarité étend l'usage des ressources professionnelles de chacun des membres présents, afin de trouver une solution aux situations complexes. Dans le cadre du réseau, ce sont les ressources thérapeutiques qui ont une valeur particulièrement importante. Ces ressources thérapeutiques ne désignent pas seulement la capacité à identifier la maladie et à la soigner – définition du capital clinique (Pinell 2005, 2008). C'est aussi la capacité à « *faire soigner* » : c'est-à-dire à faire accéder les personnes dont les situations sont évoquées en intervision aux soins, par la familiarité avec les dispositifs existants, par la connaissance des professionnels qui y travaillent, des critères d'admission, des modalités de leur contournement, etc. De fait, la capacité à *faire soigner* est liée à la capacité à *soigner*, les professionnels de santé étant davantage socialisés au fonctionnement du système de soin et aux réseaux professionnels sanitaires. Mais elle ne s'y limite pas, l'ancienneté dans le secteur ou l'occupation d'une position d'encadrement dans la division du travail étant également des ressources valorisables

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dans le cadre de la prise en charge. C'est typiquement le cas de la coordinatrice du réseau, du fait de ses contacts et sollicitations réguliers auprès du champ hospitalier, de la médecine de ville et de l'ensemble des dispositifs de prise en charge de la précarité, qui lui permettent les « *petits écarts* » évoqués plus haut.

Le partage de connaissance ne se limite pas au RSP. Les échanges lors des réunions organisées par le SIAO, parce qu'ils se déploient également entre des professionnels qui ne sont pas rattachés aux mêmes dispositifs, contribuent à partager des pratiques et des informations relatives au système de prise en charge et à ses usagers :

> C'est pour essayer d'informer sur ce qui existe sur les territoires, créer un socle de connaissances commun aux structures, et de dire voilà : « *Si vous avez besoin pour telle situation, il existe ça* ». Et donc ensuite il y a eu les commissions thématiques.
>
> **Qui visent à informer sur des pratiques ?**
>
> C'est ça, l'idée de base c'est quand même repérer les freins, et tenter de lever les freins. Et au final, ça s'est transformé, ça permet de rapprocher les partenaires, ça permet d'engager de la réflexion, mais le but initial, c'était bien de… (hésitation).
>
> **De voir ce qui ne marchait pas… ?**
>
> Voilà ! C'est ça, en gros, les premières commissions que j'ai vécues, je me suis dit, c'est quoi ce bordel ?! Tout le monde rentrait, tout le monde gueulait sur le public qui n'était pas accueilli, et tout le monde repartait avec une tronche jusque par terre, déprimé. Ça se voyait là, dans la rue (rires). Ouai, c'était vraiment assez frappant. Et donc je me suis dit il faut objectiver un petit peu tout ça, et surtout il faut communiquer sur tout ça. Donc c'est pour ça que j'ai proposé de mettre en place le projet des commissions thématiques.
>
> Jessica, ancienne coordinatrice du SIAO, 33 ans

Les commissions « *thématiques* », évoquées par la coordinatrice dans cet extrait, se distinguent des commissions d'accès à l'hébergement évoquées dans le chapitre 6. Elles s'inscrivent dans l'identification de difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux dans le cadre de leurs accompagnements, et en cela se rapprochent des intervisions du RSP. L'extrait met également en lumière le poids émotionnel et psychologique de ces difficultés. En socialisant les informations, les outils et les pratiques, les réunions partenariales socialisent aussi les inconvénients et la fatigue émotionnelle liés au travail, en particulier à la prise en charge de la question sociale.

2. Transmettre et former : la socialisation des professionnels de la prise en charge

L'évocation des « *commissions thématiques* » par la coordinatrice du SIAO amène à aborder un trait particulièrement significatif de la volonté de former et de diffuser une culture professionnelle commune. Le travail ethnographique a permis de mettre en lumière l'existence de temps de formation selon des échéances régulières et organisées dans le cadre de la prise en

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

charge. Ces temps sont institutionnalisés et reconnus à des degrés divers, au sens où ils ne s'appuient pas sur les mêmes modalités, ni les mêmes supports. En revanche, contrairement aux temps d'échanges plus ou moins formels, évoqués tout au long de ce chapitre, un de leurs traits caractéristiques est de viser explicitement à transmettre des connaissances et des pratiques identifiées comme pertinentes dans le cadre du travail de prise en charge. Autrement dit, ce sont des dispositifs de socialisation professionnelle manifeste, tandis que les échanges évoqués jusqu'à présent s'inscrivent dans des formes de socialisation latente et plus diffuse (Darmon 2006). Ces dispositifs s'apparentent à des dispositifs de formation continue, mais s'en distinguent en ce qu'ils sont le plus souvent intégrés au fonctionnement du système de prise en charge et y participent : gratuits, non-sélectifs et exigeant un faible investissement temporel, ils sont en partie autogérés, au sens où ils reposent sur des échanges entre les participants et des intervenants qui, bien souvent, travaillent eux-mêmes dans le système local de prise en charge. Dans quelques cas, les intervenants n'appartiennent pas aux réseaux partenariaux locaux, mais s'inscrivent dans la juridiction plus large du sans-abrisme ou à ses marges : ils sont alors choisis en raison de leur expertise sur une thématique, parfois dans l'optique de proposer un regard alternatif, exogène à la prise en charge. Deux types de temps de formation intégrés ont été observés : les « *commissions thématiques* » organisées par le SIAO, d'une part ; les « *formations éclair* » proposées par le réseau santé-précarité, d'autre part. La comparaison de ces deux types de formation permet de souligner le rôle central du réseau dans l'entretien du processus de médicalisation de la prise en charge.

Sur la forme, ces formations diffèrent peu. Elles durent environ 2 heures et ont lieu à peu près une fois par mois, bien que l'on observe des périodes « creuses » où leur fréquence diminue. Ici encore, s'il s'agit d'abord d'informer et, plus précisément, de partager un ensemble de savoirs et de pratiques liés au travail de prise en charge, les formations contribuent aussi à entretenir et à nouer des liens entre professionnels, en mêlant étroitement deux fonctions socialisatrices. La coordinatrice du SIAO évoque ainsi le développement et l'entretien d'un « *socle commun aux structures* », supposé répondre à un « *besoin* », celui de « *lever des freins* » qu'elles peuvent rencontrer. La coordinatrice du réseau de santé abonde et précise : le partage concerne « *du savoir théorique, du savoir-être ou des techniques de travail, ou de la connaissance des ressources soit réglementaires, ou d'outils* ». Quatre dimensions sont centrales dans les formations : leur contenu ; leur énonciateur ; leur public ; l'espace social et symbolique dans lequel elles se tiennent. Afin d'en avoir une vue d'ensemble, ces éléments sont synthétisés en annexe 7.2. Plusieurs différences peuvent être soulignées. La première est relative au public de ces formations. S'il n'a pas été possible de détailler l'analyse sociologique des participants, on peut aisément en souligner le principal point commun : l'absence quasi systématique des médecins parmi les professionnels du public. Autre point commun : la très forte proportion de femmes parmi les personnes qui assistent aux formations. Elles sont

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nettement majoritaires dans le cadre des formations du réseau, et légèrement majoritaires dans les commissions SIAO. Si cette surreprésentation des femmes est représentative de la division sexuée du travail social (Bessin 2009 ; Serre 2009 ; Ravon et Ion 2012), elle est apparue particulièrement marquée lors des temps de formation. On peut aussi souligner que tandis que les participant-e-s de ces dernières sont exclusivement des travailleurs-euses sociaux-ales de centres d'hébergement ou d'accueils de jour, le public des formations éclair est plus varié puisqu'elles visent, formellement, les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Malgré cela, les personnes présentes restent, dans leur grande majorité, des travailleuses sociales et des professionnelles paramédicales. En dehors des professionnels qui assurent la coordination médicale du réseau, et éventuellement des intervenants, les formations n'accueillent pas, ou très peu, de médecins :

> En général, les personnes essaient de se rendre disponibles, alors ce qui est plus compliqué, par exemple si on invite un praticien hospitalier, on a quand même rarement le praticien hospitalier, on a souvent l'assistante sociale du service… mais, mais c'est arrivé, oui, alors bon souvent ça va être un interne qu'on va envoyer, mais qui connait bien la situation, qui est médecin… Bon c'est plutôt rare. […] C'est vrai que les hôpitaux vont être moins présents sur l'intervision. […] Les médecins libéraux, c'est pas simple de les mobiliser. Alors c'est pareil, on a un petit réseau de médecins, qui sont des médecins engagés dans la cause…
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Le constat opéré par la coordinatrice pour les intervisions est d'autant plus valable dans le cas des formations éclair. Médecins hospitaliers et médecins libéraux sont les deux figures professionnelles identifiées comme ne participant pas, ou trop peu, aux activités du réseau. Plus généralement, tandis que la participation aux commissions du SIAO est relativement homogène et oscille entre 20 et 40 personnes, la participation aux formations éclair est plus variée :

> C'est plutôt très couru, alors après on voit bien : quand il y a au-delà de 80, 100 personnes, c'est que c'est des sujets qui sont extrêmement compliqués. Le titre de séjours pour soins, c'est un sujet qui pose plein de difficultés sur plein de choses… Korsakoff, la psy, ah là on a 80, 100 personnes (sourire). Tu veux remplir une salle, tu dis : « *Je veux vous parler de Korsakoff* » ! Après, on va avoir un peu moins de monde sur… Je réfléchis… Par exemple on a fait une formation éclair sur les CAARUD, oui là on était plutôt sur une quarantaine de personnes.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Selon la coordinatrice, les thématiques abordées déterminent la participation aux formations. C'est sur ce second point qu'on observe les différences les plus marquées entre commissions thématiques et formations éclair : les commissions thématiques du SIAO sont très largement consacrées à des dimensions pratiques de la prise en charge et à l'acquisition de savoir-faires directement liés au travail d'accompagnement ou à son organisation (« *Point de fonctionnement et rappel des procédures* », en décembre 2015 ; « *Addicto* », en mars 2017 ; « *Demandes de régularisation et parcours d'insertion* », en décembre 2016 ; « *L'autonomie des ménages pour l'accès au logement* », en octobre 2016). Si ce type de contenus est présent dans

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

les formations éclair (« *Le titre de séjour pour soins* », en janvier 2018), ces dernières abordent aussi des thématiques plus abstraites et théoriques (« *Syndrome de Korsakoff et troubles cognitifs liés à l'alcool* », en juin 2016 ; « *Mieux appréhender la psychopathologie* », en avril 2017 ; « *La méthode de validation Naomi Feil* », en janvier 2016). Autre élément de différenciation du contenu des formations, en partie lié à cette première différence : leur dimension disciplinaire, ou sectorielle. Les commissions du SIAO ont un caractère social, juridique ou administratif marqué tandis que les formations éclair s'intéressent presque toujours à la dimension sanitaire de la question sociale (« *Les dispositifs médico-sociaux : LHSS LAM, SSIAD, ACT* », en avril 2018 ; « *Les services des urgences* », en novembre 2016), qui peut aussi être abordée sous un aspect juridique ou administratif (« *La PUMA, protection universelle maladie* », décembre 2016).

On note une autre différence, décisive, quant aux intervenants et au cadre. Plus de la moitié des commissions thématiques du RSP se tiennent dans un cadre hospitalier, tandis que les commissions thématiques du SIAO se déroulent le plus souvent dans des dispositifs sociaux, CHRS ou accueil de jour. Cette différence de cadrage fait écho aux thématiques abordées, qui elles-mêmes sont étroitement liées au statut et à la discipline des intervenants : dans les commissions du SIAO, ces derniers sont presque systématiquement des travailleurs sociaux, et très rarement des professionnels de santé ; à l'inverse, les intervenants des formations éclair sont presque toujours des professionnels de santé, physique ou mentale, parfois des universitaires :

> Alors comment on choisit… C'est souvent soit les situations complexes qui vont à un moment donné nous dire : « *Ah c'est dingue, ça fait plusieurs fois qu'on se dit que cette situation, typiquement, c'est de l'ACT [appartement de coordination thérapeutique] qu'il faut, mais les partenaires, qui sont pourtant des partenaires a priori ne pensent pas à l'ACT… ah bah est-ce qu'il y a pas quelque chose à travailler là-dessus ? Si on refaisait une formation sur les dispositifs médico-sociaux, donc hébergements médicalisés, ACT, LHSS* ». Ce peut être l'occasion aussi, dans le cadre de révisions législatives, par exemple la réforme de la protection maladie, bon bah là on est obligé d'y passer, il faut qu'on offre une information aux professionnels. La réforme du droit des étrangers : d'emblée, évidemment qu'il va falloir qu'on en parle. Donc moi j'ai, en gros, mes idées, et après je les partage avec Paul Gisan à la coordination médicale du réseau, et puis il y a aussi le service santé, qui est pas mal orienté sur la programmation des formations-éclair. Et donc c'est avec eux qu'on va échanger sur « untel ah bah il est vachement bien sur cette thématique ! » Et quand on n'a pas d'idée de la thématique ou qu'on n'a pas de contact direct, bah je vais solliciter des ressources à l'intérieur du réseau : « *qui pourrait… ?* ». Sachant qu'on n'a pas de budget pour les intervenants, donc l'idée c'est quand même d'être plutôt sur le réseau pour aller chercher un intervenant puisqu'on va lui demander d'intervenir à titre gracieux. Et puis bon, bah finalement les institutions jouent plutôt le jeu, puisque l'OFII est venu, la CPAM vient s'il y a besoin de refaire une information sur la protection maladie, donc pour le coup, les organismes qui ne seraient pas directement dans le réseau [jouent le jeu] mais parce que ça fait partie de leurs missions aussi.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans

Dans le cas du réseau de santé, le choix des intervenants est indissociable des thématiques, elles-mêmes choisies par l'identification d'un besoin d'informations afin de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

répondre aux rencontres répétées d'un même obstacle ou d'une même difficulté dans le travail de prise en charge. Comme on l'a déjà évoqué, ces obstacles sont le plus souvent liés à l'existence d'une question de santé, critère nécessaire à la présentation de la situation en intervision. La prégnance de la dimension sanitaire des thématiques est en outre redoublée par le fait que la « *coordination médicale* » et le « *service santé* » influent aussi sur les thématiques des formations. Dans le cas des commissions du SIAO, un mécanisme proche est à l'œuvre : l'identification d'obstacles dans le travail d'accompagnement justifie qu'une réflexion collective soit amorcée. Si la coordinatrice ne détaille pas davantage le mode de sélection des thématiques et des intervenants, elle souligne en revanche une dimension intéressante des commissions thématiques :

> Ce qui est ressorti dans les commissions thématiques, c'est que les hébergements se sentent isolés dans leurs missions. Au niveau de l'accompagnement, on leur demande d'être… (longue pause). D'être un peu pluridisciplinaires quoi, quand on voit les formations d'éducs ou d'animatrices, on n'entre pas dans le détail quoi, sur comment on prend en charge un toxicomane, comment on prend en charge une personne qui a des troubles psy… C'est très généraliste les formations. Et donc du coup, ils se retrouvent devant des personnes qui ont des situations et des problématiques diverses et variées, et ils ont pas forcément les réponses adaptées pour ces personnes.
>
> Jessica, ancienne coordinatrice du SIAO, 33 ans

Cet extrait témoigne d'une réflexivité collective à l'œuvre dans les commissions thématiques, qui amène à identifier une limite propre à l'accompagnement des personnes sans-domicile au sein des hébergements. Plus précisément, il s'agit selon la coordinatrice d'une carence des « *formations d'éducs ou d'animatrices* » à l'origine d'un sentiment d'incompétence à prendre en charge certains publics et certaines problématiques. Les limites rencontrées résultent ainsi d'un écart entre dimensions officielles – prendre en charge toutes les personnes accueillies au sein d'une structure donnée – et pratiques informelles des situations de travail[178] – qui les amènent parfois à se sentir impuissants face aux problèmes rencontrés. Le dévoilement de ce sentiment d'incompétence peut aboutir à une nouvelle commission destinée à y remédier. Significativement, y compris sur des questions qui relèvent d'un cadrage sanitaire, telles que la toxicomanie (Bergeron 1999 ; Fortané 2014), les commissions du SIAO sollicitent des travailleurs sociaux spécialisés dans leur prise en charge.

Finalement des différences se font jour dans le déroulé des temps de formation. Dans le cadre du RSP, la transmission d'informations se fait de façon plutôt verticale, de l'intervenant vers les professionnels présents. Le plus souvent, les intervenants s'appuient sur une présentation *PowerPoint*, envoyée par email à l'ensemble des personnes présentes à l'issue de la formation. Des temps d'échanges ont effectivement lieu, mais à l'issue du temps de

[178] Christelle Avril, Marie Cartier et Delphine Serre préfèrent parler de « dimensions officielles » et de « pratiques informelles » (p. 26) en soulignant que l'opposition traditionnelle entre travail prescrit et travail réel apparait trop dichotomique au regard de ce que les gens font en situation de travail.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

présentation. En somme, une asymétrie nette s'observe entre le public et les intervenants. Les commissions SIAO se veulent davantage participatives et fondées sur le partage d'expériences professionnelles, dans l'optique d'harmoniser celles-ci. Dans le cadre de la formation consacrée à la réduction des risques par exemple, les professionnels sont invités à noter sur de petits papiers des mots supposés traduire leurs représentations relatives aux usages et usagers de psychotropes. Au cours de la formation relative à l'équilibre des structures, ils doivent identifier, par petits groupes, les éléments supposés légitimer le refus opposé à l'hébergement. Ces ateliers précèdent une restitution collective, puis la présentation plus formelle de la personne choisie pour l'intervention. Pris ensemble, ces divers éléments permettent d'avancer des résultats quant à la socialisation professionnelle à l'œuvre dans ces formations intégrées, notamment en les rapportant aux temps d'échanges évoqués préalablement.

Comme on l'a montré, au sein des réunions internes aux dispositifs investis, lors des commissions du SIAO et des intervisions du RSP, sont principalement débattues des situations qui s'incarnent dans des personnes bien connues des acteurs du système de prise en charge, parfois appelées « *vedettes* » ou « *stars* » par les professionnels. C'est alors une réflexion *par cas* qui prévaut, à partir de laquelle ces derniers cherchent à faire correspondre les situations spécifiques évoquées à un ensemble de modalités d'accompagnement existantes, à des connaissances plus générales ou à des diagnostics qui peuvent par ailleurs s'appliquer à d'autres situations. À l'inverse, les temps de formation sont consacrés à la diffusion d'informations théoriques ou pratiques, mais toujours plus générales, bien qu'ayant vocation à s'appliquer à des situations individuelles. Ces formations proposent ainsi une réflexion plus abstraite qui, si elle est nourrie d'expériences individualisées, a vocation à fournir un ensemble de principes d'identification, de classements et de pratiques de travail. Cette dimension est particulièrement présente dans le cadre du RSP. Dans les formations éclair, le recours aux savoirs physiologiques, biologiques, neurologiques ou psychanalytiques apporte un degré d'abstraction supplémentaire, qui nourrit un effet de scientificité et une prédominance des savoirs médicalisants et psychologisants. Cet élément est décisif, et il s'explique par l'ensemble des caractéristiques que l'on a rapportées, relatives au contenu, au contenant, aux émetteurs et aux récepteurs de la formation.

II. Des frontières professionnelles en mouvement

La formation d'un référentiel commun de pratiques et de représentations relatives à la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile s'inscrit dans des processus de socialisation dont on a restitué les modalités diverses. La mise au jour de ces processus ne permet pas néanmoins de conclure automatiquement à leur efficacité ni à leurs effets sur

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'organisation et la division du travail d'accompagnement et de soin. De fait, l'existence pérenne de ces temps de formation, le fait qu'ils soient nettement intégrés au système de prise en charge et qu'ils soient fréquentés par de nombreux professionnels, sont autant d'indices qui suggèrent que ces effets sont bien réels. Par ailleurs, on a montré tout au long de cette thèse que le travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, s'il repose sur une division du travail médico-psycho-social qui distingue ces facettes différentes de la prise en charge, s'inscrit dans des processus de socialisation latente, continue et, dans une certaine mesure, réciproque, qui tendent à brouiller les différences statutaires, disciplinaires, institutionnelles de la prise en charge. Comment, dans cette optique, envisager la formation d'une culture professionnelle commune ? A-t-elle vocation à faire des travailleurs sociaux des soignants, et des médecins des accompagnants sociaux ? Posée ainsi, la question peut sembler presque caricaturale. Si le trait est forcé, les matériaux recueillis suggèrent de prendre au sérieux ce questionnement, afin d'y apporter des éléments de réponse rigoureux. Ce dernier temps de l'analyse s'attache donc à étudier la question des frontières professionnelles, de leur porosité ou de leur imperméabilité, des dépassements et des permanences qui les affectent, et ce à travers trois éléments. Dans ce contexte, il convient de garder à l'esprit que les frontières représentent à la fois des formes de fermeture et de délimitation, mais aussi de modalités de passage, donc d'ouverture (Abbott 1995). En premier lieu, on montre que les recours profanes à des savoirs experts tendent à brouiller la distinction entre ces deux registres et témoignent d'effets socialisateurs entre professionnels de la prise en charge (1). Dans un second temps, sont interrogés les effets de la diffusion d'une culture commune à travers l'étude des identités professionnelles collectivement revendiquées et assignées (2). Finalement, on analyse la permanence des frontières à partir de l'évocation des usages professionnels du secret, qui amènent à nuancer les discours unifiants portés par certains acteurs de la prise en charge (3).

1. Profanes et experts ? Les travailleurs sociaux face aux catégories médicales

Le premier élément qui met en lumière l'influence des échanges et formations sur les acteurs de la prise en charge concerne les usages des connaissances supposées propres à certains segments ou groupes professionnels. Pour le dire autrement, on peut penser que le recours à des catégories de pensée et d'analyses propres à certaines entités professionnelles par d'autres entités est un indice de l'acculturation et d'un processus de socialisation réussi. Dans le cadre de la prise en charge, les échanges constants, formels ou informels, sont particulièrement propices à l'échange de catégories de représentation. Alors qu'on peut parler de socialisation réciproque dans le cadre des temps d'échanges formels et informels, mais aussi dans le cadre de l'organisation générale du travail, les temps de formation du RSP s'inscrivent dans un processus de socialisation essentiellement unilatéral. L'absence de médecins parmi le public et

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de travailleurs sociaux parmi les intervenants témoigne du fait que si socialisation il y a, celle-ci va principalement du travail médical vers le travail social. Le réseau est de la sorte un dispositif de « *conversation* » (Berger et Luckmann 1966 ; Serre 2009) central dans le processus de médicalisation de la prise en charge, puisqu'il crée les conditions de (re)définition médicale de problématiques sociales et qu'il socialise les travailleurs sociaux à un mode de réflexion valorisant les compétences thérapeutiques. Autrement dit, il est aussi un dispositif de « *transformation* » (Darmon 2006 ; Darmon, Pichonnaz, et Toffel 2018) qui contribue à renforcer les dispositions professionnelles des travailleurs sociaux, par ailleurs déjà sensibilisés au cours de leurs formations, de leurs stages dans des institutions sociales ou médico-sociales, ou cours d'expériences professionnelles antérieures, à une approche clinique, médicalisante et psychologisante des problèmes sociaux (Gaspar 2012 ; Bresson 2012). Leur spontanéité à énoncer des diagnostics à caractère médical ou psychologique témoigne bien de l'assimilation de tels schèmes de réflexion dans le processus de désignation des problèmes qu'ils rencontrent. En retour, la prévalence de certaines affections et les obstacles qui se font jour dans le travail d'accompagnement et de soins contribuent à justifier et à légitimer la fréquence de leur recours à ces catégories de pensée (encadré 7.15).

Encadré 7.15 : notes de terrain, réunion des maraudes du Samu social

2 mai 2016.

[Le début de la réunion porte sur le fonctionnement du logiciel. Sylvain, le chef de service insiste sur la nécessité de reprendre des situations perdues de vue depuis un moment, qu'il lie aux évolutions du fonctionnement de l'équipe avec la mise en place du logiciel. Frédéric, l'infirmier des maraudes, me dit tout bas qu'il y a une « *logique du chiffre* » à faire valoir auprès des financeurs].

On passe à l'évocation des situations individuelles : […]

M. C. : Alexis attaque, « *il est probablement psy* », il faut avoir l'avis de l'EMPP. Sam renchérit, « *ça pourrait être un voyage patho* », mais Frédéric dit qu'il faut être prudent, le terme désigne quelque chose de précis. Alexis souligne la mauvaise hygiène du monsieur, qui ne « *s'est pas douché depuis sa dernière hospitalisation* », il y a plusieurs mois. Alexis indique qu'une maraude commune est prévue avec l'EMPP « *mercredi prochain* ».

M. A. : évoqué par Frédéric, qui annonce que le « *bloc* » a été repoussé, l'opération a été reportée. Or l'homme doit se retrouver à la rue dans 5 jours. Alexis demande où ça en est de la demande d'aide médicale d'État : Frédéric répond qu'elle est bientôt faite, que ça pourra simplifier les choses mais pas « *solutionner l'hébergement* ».

***

8 août 2016.

M. de B. : Alexis prend la parole : « il est psy ». La plupart des éducs acquiescent, semblent d'accord. Alexis dit que la dernière fois qu'il l'a vu, « ça se voyait qu'il était en manque ». Malgré ses consos, l'homme est autonome et Alexis suggère une orientation vers un studio en insertion. Sam dit qu'il faudrait quand même faire le point, pour savoir quelle est la demande du monsieur. Alexis acquiesce, Frédéric demande ce qu'il en est de la santé : ça va et « sauf urgence, la santé on abordera quand on sera en hébergement ».

Lise Z. : cette dame a été croisée par de nombreux éducs, c'est Salma qui évoque la situation aujourd'hui. Elle dit que jusqu'ici, le contact a été difficile : selon Salma, elle n'aime pas les femmes. Elle a réussi à

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

nouer contact en évoquant la possibilité de soins, des rendez-vous chez le médecin et l'ophtalmo, et la possibilité d'une douche. Alexis suggère que ce soit les hommes qui l'accompagnent, mais dit qu'il a conscience qu'elle est « dans la séduction, ça peut être malsain ». Salma acquiesce, mais dit qu'il faudrait peut-être justement des équipes mixtes : Alexis à son tour est d'accord. Les échanges se complexifient : pour Alexis, cette dame est « dans les prods » [drogues], sans doute l'alcool aussi. Célia et Salma réagissent : pour elles, le problème est plutôt d'ordre psychiatrique. L'avis de l'infirmier est sollicité : celui-ci semble résigné « il n'y a rien à faire », que le problème soit psy ou addicto, il faut « mobiliser l'EMPP » pour avoir un avis médical. Une nouvelle stratégie se dessine : on passe de l'évocation de l'ophtalmologie à la psychiatrie pour « accrocher » la personne. Les éducs semblent d'accord, le chef de service résume : on passe « en mode care » pour l'instant, en prenant soin d'elle « si elle accepte », dit un éduc, en attendant de pouvoir mobiliser les partenaires médicaux.

Les échanges rapportés ci-dessus sont un des innombrables exemples de la fréquence du recours à des catégories d'ordre médical, psychologique ou psychiatrique par les travailleurs sociaux. Il est tentant de parler à propos de ces diagnostics, de leur caractère *profane*, la pensée médicale constituant le *savoir expert* par excellence (Freidson 1970b, 1970c), et ces deux termes existant dans un rapport de distinction (Henry et al. 2015). Pourtant, cette opposition parait trop forte au regard des résultats de ce que l'on a montré jusqu'à présent : si l'on fait l'hypothèse que les processus de socialisation latente et manifeste fonctionnent, on peut également penser que l'opposition doit être reconsidérée et nuancée. Dans la continuité de travaux portant sur les mobilisations d'associations de patients (Barbot 2001 ; Dodier 2003), sur les évolutions de la relation médecin-malade (Fainzang 2001), ou sur l'influence des réseaux familiaux dans la prise en charge de la maladie (Cresson 1995 ; Tillard 2008, 2010 ; Tillard et Robin 2010), on peut avancer que les travailleurs sociaux ne sont pas, à strictement parler, des profanes de l'expertise médicale. Parce qu'ils sont fréquemment amenés à entendre, répéter, utiliser des catégories médicalisantes et psychologisantes à propos des personnes qu'ils accompagnent, ils sont exposés et socialisés aux usages experts et légitimes de ces catégories (Serre 2009 ; Eyal 2013). S'ils restent incapables et s'il leur est interdit de prodiguer des soins, ils sont en revanche amenés *à faire soigner* en suspectant, à tort ou à travers, des troubles et en mobilisant leurs systèmes de relations professionnelles. Par ailleurs, ils sont aussi amenés à détecter, à suspecter mais aussi à imaginer, à raison ou à tort, des symptômes, des troubles ou des pathologies, à travers la relation d'aide qu'ils entretiennent avec leurs suivis.

Dans ce cadre, l'identification d'une pathologie peut se révéler une solution séduisante, dans la mesure où elle est susceptible de fournir des explications à des phénomènes, des problèmes ou des comportements face auxquelles ils se trouvent en partie démunis. Delphine Serre, qui observe également le recours à des catégories de pensée suggérant une psychologisation du travail des assistantes sociales dans le signalement d'enfants en danger, note que « *la spécificité du regard médical semble tenir à sa précision clinique, souvent chiffrée, parfois accompagnée d'un schéma* » (Serre 2009, p. 60). Dans le cas qu'elle étudie, elle ajoute que « *le contenu des normes importe moins que la position de celui qui les énonce, et leur usage est le reflet d'une stratégie de légitimation et non d'argumentation. La*

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

psychologisation des propos ne reflète pas tant une grille de lecture qu'un souci d'efficacité (faire que « ça passe ») » (ibid., p. 66). Le recours aux considérations médicales et psychologiques permet d'expliquer des attitudes individuelles construites comme irrationnelles et autrement incompréhensibles. Ces divers éléments expliquent que la médicalisation du travail social s'opère à travers la diffusion des représentations et catégories de pensée, là où la socialisation du travail médical s'observe principalement dans des inclinations plus discrètes des pratiques de soins. Un autre élément d'analyse mérite d'être rappelé : l'organisation et la division du travail de prise en charge encouragent le recours, par les travailleurs sociaux, aux dispositifs et aux professionnels du soin. La plupart d'entre eux s'appuient précisément sur la détection, en amont de l'examen clinique, d'un signe supposé trahir un symptôme, un trouble, une pathologie :

> C'est vrai qu'ici… bah en plus je dirais que notre équipe elle a attrapé l'œil médical, et donc des fois, y'a pas besoin… on dévoile rien, ils ont déjà… parfois, c'est eux-mêmes qui disent : « *J'ai l'impression qu'il y a un petit souci, tu pourrais voir* » (rires), enfin voilà : j'ai le temps de rien dire, le diagnostic est déjà fait quoi ! Et puis, on est d'accord !
>
> Natacha Dauberge, infirmière à l'accueil de jour, 41 ans.

> Ça m'a d'ailleurs surprise quand je suis arrivée, de voir à quel point ils [les travailleurs sociaux] étaient à l'aise avec la maladie mentale. Autant, tu vois, dans l'aide sociale à l'enfance, la psychose c'est comme si elle n'existait pas : c'est « *trouble du comportement* » (petit rire). Alors en même temps, c'est les prémisses, tu vois, c'est l'adolescence… Mais bon, chez certains enfants, la psychose infantile ça existe quoi. Mais t'as l'impression que c'est un gros mot […]. Mais donc voilà, je faisais super attention à ne pas prononcer certaines choses, et ici j'ai vu que les éducateurs étaient super à l'aise avec ça, donc je me suis dit : « *Oh ça va ! Ça fait pas peur, c'est pas un gros mot…* ». C'est… je trouve qu'ils ont effectivement développé une certaine expertise.
>
> Haïcha Majoud, psychologue à l'accueil de jour, 41 ans

La comparaison de cette psychologue, entre les travailleurs sociaux du secteur de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la prise en charge des sans-domicile, est éloquente : elle suggère des représentations différentes, qui renvoient à des trajectoires socioprofessionnelles elles-mêmes variées, des profils d'usagers ainsi que des contextes de travail qui peuvent faciliter ou à l'inverse freiner les processus de médicalisation et de psychologisation du travail social (Halpern 1990 ; Serre 2009 ; Bresson 2012). En l'occurrence, le cadre de travail du secteur de l'exclusion apparait particulièrement propice à ces processus, et ces deux extraits soulignent bien le repérage assuré par les travailleurs sociaux. Leurs compétences thérapeutiques se situent en deçà du regard clinique, mais contribuent à relier les usagers et les professionnels de santé. Sans être experts, ils ne sont pas tout à fait profanes non plus. Cette ambiguïté est représentative des visées de la culture professionnelle commune. Tout en assurant un travail de socialisation des pratiques, des représentations et des acteurs de la prise en charge, la culture professionnelle commune rappelle chacun à ses tâches :

> On se connait. On connait mieux les limites des uns et des autres, et on connait mieux les compétences des uns et des autres. […] Se connaitre entre partenaires, savoir ce qu'on fait et ce

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

> qu'on fait pas… Savoir ses compétences, ses limites, c'est très, très important. Ça permet de mieux travailler ensemble, de mieux se respecter et de pas jouer la « patate chaude » : la patate chaude, c'est terrible quoi.
>
> Paul Gisan, médecin coordinateur du réseau, 63 ans

> Le principe c'est de s'acculturer, d'utiliser les terminologies des uns et des autres, de partager les mêmes connaissances théoriques. Être sur une culture commune, bien connaitre les limites d'intervention de chacun, pour pouvoir s'améliorer.
>
> Carole Laduc, coordinatrice actuelle du réseau, 37 ans – présentation du réseau lors d'une journée d'études en juin 2018.

Plutôt que de participer d'une égalisation illusoire des savoirs et des savoirs-faires, la culture commune agit doublement sur les frontières internes de la juridiction. Tout en renforçant leur existence à travers le rappel des limites des professionnels et des dispositifs, elle les rend poreuses, perméables, en facilitant et en encourageant les échanges de part et d'autre de celles-ci et la compréhension réciproque des professionnels.

2. Identités professionnelles déclinées, assignées, revendiquées

La formation et la diffusion d'une culture professionnelle commune amènent à interroger ses effets sur les processus d'identification professionnelle des acteurs de la prise en charge. Ici aussi, un double processus d'affirmation des spécificités professionnelles et disciplinaires, et de brouillage des frontières, peut être observé :

> On n'arrête pas de dire qu'il faudrait un psy à temps plein, un médecin à temps plein, et une infirmière à temps plein ici. Des fois on nous demande d'avoir différents rôles. Non ! Moi je suis conseillère ESF, même si j'ai fait trois ans d'études infirmières, je suis pas médecin, je suis pas psy, je suis pas infirmière.
>
> Ismae, conseillère en économie sociale et familiale dans le CHRS 1, 35 ans

> J'ai fait mon stage en 2001/2002…, le constat était qu'effectivement la population était dégradée, avait beaucoup de consos, toxicomanie ou alcool. Là, ce qui m'a choquée le plus en arrivant ici il y a un an [en 2015], c'était les personnes avec des problématiques psychiatriques. Parce qu'il y en avait pas autant que ça à l'époque. Et quand on fait le bilan, c'est vrai qu'on a une population atteinte de maladies mentales, qui se développe encore plus et à des degrés beaucoup plus importants.
>
> **Ça existait mais c'était pas forcément…**
>
> Bah c'était pas la majorité du public, quoi. C'était pas la majorité du public alors que là, on se rend compte que je dirais… *je suis pas psy hein…* mais je dirais qu'il y a au moins la moitié des personnes qu'on accueille dans chaque service qui est atteinte de maladie mentale.
>
> Sandrine, cheffe de service dans le CHRS 2, 38 ans

À travers la même formule « *je suis pas psy* », ces deux extraits expriment des prises de position différentes, mais cohérentes. Dans le premier, le rejet d'identités professionnelles médicales ou paramédicales est une réaffirmation de la division du travail et de la répartition des tâches associées à chaque groupe professionnel. Son discours doit être rattaché à une

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

trajectoire originale : ayant entamé des études d'infirmières, elle se réoriente finalement vers le travail social et obtient un diplôme de conseillère en économie sociale et familiale. Elle a par ailleurs travaillé préalablement au sein d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dispositif médico-social où la pluridisciplinarité est particulièrement marquée. Son rejet d'identités professionnelles médicales ou paramédicales doit être envisagé comme une réaffirmation de la division du travail et de la répartition des tâches associées à chaque groupe professionnel. De fait, les travailleurs sociaux sont fréquemment confrontés aux questions médicales, et peuvent être amenés à réaliser des actes de soins ou d'hygiène qui ne relèvent pas, en théorie, de leur juridiction. « *Je ne suis pas psy, mais…* » ; « *je ne suis pas médecin, mais…* » : ces formules, bien souvent assorties d'un diagnostic à caractère psychologique, psychiatrique ou médical, ont été entendues à de nombreuses reprises au cours de l'enquête. De telles formules constituent des « *stratégies d'euphémisation* », dont les effets paradoxaux ont été analysés précisément par Pierre Bourdieu (1982a). Tout en déclinant formellement leur légitimité à le faire, les travailleurs sociaux énoncent effectivement de tels diagnostics : parce qu'ils sont socialisés aux usages légitimes des savoirs-experts, ils calquent sur eux leurs propres usages et s'autorisent finalement un langage qui ne leur est pas réservé.

La question des identités professionnelles a été largement étudiée, initialement par les auteurs fonctionnalistes, qui soulignaient les liens entre sentiment d'appartenance au groupe de pairs, reconnaissance et cooptation des candidats par les membres du groupe, et cohésion de ce dernier (Merton 1945 ; Merton, Reader, et Kendall 1957 ; Parsons 1951 ; Goode 1957). La thématique a néanmoins été revisitée par des auteurs soulignant la pluralité des appartenances professionnelles dès lors que l'attention se porte sur les contextes et les situations de travail (Becker et Strauss 1956 ; Bucher et Strauss 1961). La formation d'alliances et de lignes de clivages au sein des collectifs de travail nourrit les sentiments d'appartenance et de rejet, qui ont des effets sur la division du travail (Freidson 1976 ; Strauss 1985 ; Halpern 1992). Si la notion d'identité mérite d'être critiquée à cause de son caractère essentialiste, elle doit néanmoins faire l'objet d'une attention particulière dès lors qu'elle est replacée dans l'appréhension des trajectoires socioprofessionnelles et des systèmes de relations qui se font jour sur le lieu de travail (Demazière 1992 ; Dubar 1992, 1998 ; Perrenoud et Sainsaulieu 2018). La mise à distance, par les travailleurs sociaux, de leur légitimité à formuler des diagnostics à caractère médical témoigne d'une ambivalence dans les identités professionnelles assignées, revendiquées ou déclinées par les professionnels de la prise en charge. Cette mise à distance contraste avec la promotion d'une culture professionnelle commune par le réseau. Dans le cadre étudié, la pluridisciplinarité de la prise en charge, la volonté de diffuser une culture professionnelle commune et le brouillage de la distinction entre experts et profanes qui en résulte, amènent à prendre au sérieux cette question (encadré 7.16).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 7.16 : notes de terrain, les 10 ans du RSP.

Notes de terrain, juin 2015.

Une journée d'études est organisée pour les 10 ans du réseau. Une centaine de personnes sont présentes, dans la grande majorité des professionnels du secteur, beaucoup de têtes croisées lors de diverses réunions. La journée est ouverte par des officiels, parmi lesquels le directeur d'un EPSM, promoteur du réseau, le directeur de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais. Tous saluent le travail accompli, témoignent de leur « *honneur* » d'introduire cette journée et de leur fierté que le RSP existe. Le directeur de l'ARS assure que son soutien « *ne faillira pas* », autrement dit que l'ARS continuera de financer le réseau.

Un membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion introduit la journée de conférences. Il propose une intervention sur les « *budgets de référence* » des ménages pauvres. Le lien avec la journée n'est pas évident avant qu'il ne termine son intervention en parlant du non-recours. Puis Stéphane Rullac, éducateur spécialisé et docteur en anthropologie intervient sur le thème : « *Comment les sans-abri sont-ils autorisés à vivre ?* ». Une première table ronde se tient ensuite, avec des acteurs de terrain : médecins, infirmières, travailleurs sociaux. Tous témoignent sur « *l'évolution de l'état de santé des personnes en situation de précarité entre 2005 et 2015* ». De nombreux chiffres sont donnés, qui mettent en lumière l'activité du réseau. L'après-midi, deux tables rondes s'enchainent : la première vise à répondre à la question : « *Peut-on parler de parcours de santé pour les personnes à la rue ?* ». J'y participe, avec un psychiatre, un médecin généraliste, le directeur d'un service d'inclusion sociale d'une grosse association locale, et un représentant des usagers.

La seconde interroge : « *Faut-il soigner ou prendre soin ?* ». Une médecin, une maraudeuse, le chef de service d'un CHRS pour familles, le titulaire d'un doctorat en éthique et un médecin gériatre y participent. Cette deuxième table ronde est le dernier évènement de la journée, avant les conclusions : du retard a été pris, il est temps d'y mettre fin. Le médecin-gériatre, qui a beaucoup parlé jusqu'ici, réussit à prendre la parole une dernière fois : « *Tous ici nous sommes des acteurs de santé !* ». Il se rassied, alors que tout le monde applaudit longuement.

« *Tous ici nous sommes des acteurs de santé* » : la prise de position de ce médecin, pour le moins consensuelle, n'est pas pour autant anodine. Pour dire cela, il joue d'un contexte doublement favorable : la prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle promue par le réseau valorise les échanges entre professionnels du social et de la santé ; conjoncturellement, la journée a été l'occasion de souligner à de nombreuses reprises cette organisation pluriprofessionnelle, et de se référer à la définition, présentée comme universellement valide, de la santé en tant qu'« *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » portée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette phrase est en outre autorisée pour lui par son statut : c'est en tant que médecin, donc comme titulaire légitime et reconnu d'un titre entérinant sa compétence médicale, qu'il peut légitimement adouber l'ensemble des professionnels présents qui, par leur seule participation à cette journée et indépendamment de leur statut professionnel, sont reconnus comme des « *acteurs de santé* ». Une identité partagée se fait jour. Au-delà de son contexte et de la source de son énonciation, cette phrase traduit bien les visées et les effets du RSP. À d'autres reprises, des membres de celui-ci ont promu une conception proche, visant à promouvoir la communauté professionnelle des acteurs de la prise en charge plutôt qu'à souligner les distinctions qui s'y font jour (encadré 7.17).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Encadré 7.17 : notes de terrain, journée d'études « *Refus de soin, oubli de soi, renoncement. Que nous apprennent les personnes en situation de précarité ?* »

Notes de terrain, juin 2018

L'après-midi est introduite par deux sociologues reconnus. Ils rappellent des éléments relatifs à l'accès et au recours aux soins, l'évolution des missions de l'hôpital, puis passent la parole à une assistante sociale hospitalière. […]

C'est au tour du psychiatre référent de l'EMPP de prendre la parole. Sa présentation est consacrée à l'abord « *bio-psycho-social* » de la prise en charge des sans-domicile. Il commence par rappeler des éléments de connaissance larges : la définition de la santé par l'OMS ; la distinction « psychiatrie/santé mentale » ; les limites d'une approche biomédicale des troubles. Puis il explique : « Moi, je suis du côté médical », mais ajoute tout de suite qu'il ne faut « jamais séparer le social, le psychologique et le médical ». Il explique que la complexité est quelque chose de positif : « *Il ne faut pas simplifier, mais conserver cette complexité* ». Il enjoint les personnes présentes à « *sortir de la vision, moi j'ai fait jusqu'ici, après c'est le social* » et souligne que la superposition des approches est « *absolument indispensable* ». Il termine en expliquant : « *Le social est thérapeutique* », c'est la raison pour laquelle il faut avoir en même temps *care* et *cure* : le « *cure* c'est plutôt le plateau technique, le *care* c'est prendre soin de ». Très charismatique, son intervention est chaleureusement applaudie. […]

En expliquant que « *le social est thérapeutique* », ce psychiatre insiste sur l'idée d'un travail complémentaire, plutôt que concurrent, des différents professionnels de la prise en charge. Si la revendication d'une identité partagée est moins explicite, le discours de ce psychiatre décrit, autant qu'il prescrit (Bourdieu 1982a), le brouillage des frontières disciplinaires. Le recours aux catégories du *care* et du *cure* est à cet égard emblématique : plusieurs analyses sociologiques ont en effet souligné le continuum qui se fait jour entre ces approches dans le cadre de la réalisation des soins et l'invisibilisation du travail relationnel (Fagin 1987 ; Arborio 2001 ; Cresson et Gadrey 2004). La promotion d'une approche simultanée des différentes dimensions de la prise en charge s'opère ainsi au détriment d'une approche séquentielle de l'accompagnement et du soin. Ces diverses prises de position, en soulignant les visées communes aux différents professionnels de la prise en charge, témoignent finalement de l'existence d'une forme d'entre soi professionnel qui dépasse les appartenances statutaires ou disciplinaires, et met l'accent sur la participation à une démarche commune (encadré 7.18).

Encadré 7.18 : notes de terrain, les intervisions du RSP

Notes de terrain, 22 mai 2014.

La coordinatrice est absente. C'est le coordinateur médical et le médecin-référent d'un centre de santé qui dirigent l'intervision. Il présente un dispositif nouvellement créé, le Service de soins infirmiers à domicile [SSIAD], articulé au réseau et centré sur les situations de précarité. C'est une infirmière qui présente le dispositif. S'enchainent ensuite les situations :

Monsieur V., 58 ans. Un éducateur présente la situation.

Monsieur est connu des maraudes depuis 1999. Il touche une pension d'invalidité, mais n'a pas de logement. Il présente de nombreux problèmes de comportements, qui ont justifié sa suspension d'un accueil de nuit. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises suite à des SDT, mais refuse de parler de sa santé

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

mentale. Il fait partie du « *mauvais groupe* » du dispositif « Un chez soi d'abord », c'est-à-dire celui qui n'est pas logé.

Sa pathologie, non-précisée, est « *un obstacle majeur à l'accompagnement social et sanitaire* ». Il revient tous les soirs à l'accueil de nuit mais le reste du temps il a « *besoin de protection* ». Une éduc demande où il en est avec ses papiers : « *Son administratif est à jour, là-dessus y'a pas de problème. C'est les soins qui posent problème. Il n'est pas malade en fait, selon lui* ». Le médecin coordinateur parait sceptique. Il demande si l'équipe psy d'Un chez-soi d'abord ne pourrait pas l'évaluer, c'est-à-dire le diagnostiquer. L'éduc répond : « *Ah, c'est pas nous qu'il faut convaincre !* », c'est l'usager, mais aussi Un chez-soi d'abord : il semble dire qu'il y a une tension entre les équipes.

La discussion semble bloquée, tout le monde se tait. À ce moment, le médecin reprend la parole et demande : « *Bon, on est entre nous, donc son nom c'est quoi ?* ». D'abord décontenancé, le travailleur social finit par dire le nom de l'homme. D'un coup, tout le monde semble comprendre : il s'agit d'un monsieur connu de tout le monde, ayant fait le tour des structures.

Dans la situation présentée ci-dessus, la coordinatrice est absente de l'intervision. C'est elle qui est habituellement garante du principe d'anonymisation, rappelant rituellement cet impératif au début de chaque réunion. Cette anonymisation obéit à la fois aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), mais aussi au souhait de ne pas pénaliser les usagers. En effet, les situations présentées sont bien souvent celles de personnes inscrites depuis longtemps au sein du système de prise en charge et dont l'accompagnement n'a pas abouti à une sortie de ce système. Ils ont connu la plupart des dispositifs d'hébergement et sont « *grillés* », au sens où le passif de certaines personnes déjà accueillies dans le passé est connu et a des effets plus ou moins formels (listes noires, mémoire collective des collectifs de travail). L'anonymisation permet, dans une certaine mesure, de limiter la stigmatisation et les effets associés en termes de discrimination (Goffman 1963). Le médecin coordinateur, qui s'est substitué à la coordinatrice n'a pas rappelé ce principe. En demandant au professionnel qui présente de nommer la situation, celui-ci (se) donne les moyens de mieux comprendre cette situation, mais il prend également le risque de limiter les solutions pouvant éventuellement être apportées. L'effet est particulièrement frappant dans la situation rapportée, car l'homme est connu, par réputation, de la quasi-totalité des professionnels présents. Au-delà de cette considération éthique, cette phrase est particulièrement révélatrice du fonctionnement du réseau puisqu'elle énonce une communauté d'intérêts. Elle traduit aussi l'idée d'une identité professionnelle partagée (Goode 1957), au nom de laquelle le médecin coordinateur revendique le partage d'informations à caractère secret.

3. Un secret plus ou moins partagé : la permanence des frontières professionnelles et statutaires

La question du secret professionnel amène à considérer la permanence des frontières professionnelles, statutaires et institutionnelles, dans le cadre de la prise en charge, à la fois aux

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

limites de la juridiction, mais aussi au sein même de celles-ci. Si la constitution d'un « *nous* », fondé sur travail commun de prise en charge des sans-domicile dans le cadre des intervisions, amène à partager des informations privées, sensibles ou intimes, ce partage a des limites qu'il convient d'étudier, et de mettre en perspective avec le cadre légal règlementant ses usages (encadré 7.19).

Encadré 7.19 : le cadre légal des usages du « secret professionnel »

Parmi les groupes professionnels investis dans la juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile, certains sont depuis longtemps soumis au secret dans le cadre de la réalisation de leur travail. Ainsi des médecins, qui se sont vu imposer le secret professionnel par le Code pénal de 1810 (Nye 2006). Les infirmières sont également tenues au secret professionnel depuis les années 1950. Dans le travail social, les assistantes sociales sont le seul groupe qui se soit vu formellement reconnaitre le secret professionnel (Serre 2001 ; Ravon et Ion 2012).

Plus généralement, l'ancien Code pénal listait les professions tenues au secret, majoritairement des professions de santé (article 378). Le nouveau Code pénal de 1994 reprend l'essentiel des anciennes dispositions sans citer de professions (art. 226.13 et 226.14). Surtout, l'article 226.13 identifie les situations dans lesquelles le secret est encadré : il n'est pas question de secret professionnel, mais « *d'informations à caractère secret* » dont une personne est dépositaire « *par état ou par profession, en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire* ». Autrement dit, le secret n'est pas nécessairement attaché à une appartenance professionnelle spécifique, mais davantage à un contexte dans lequel des personnes recueillent des informations à caractère privé, confidentiel, intime. Cet élargissement s'inscrit dans un mouvement plus large d'affirmation des droits à la protection de la vie privée. Dans le cas des institutions sociales et médico-sociales, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale crée des dispositions relatives aux droits des usagers : concernant la personne prise en charge, la loi affirme par exemple « *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* », « *la confidentialité des informations la concernant* », et garantit « *l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge* ». En somme, les professionnels qui travaillent dans des institutions sociales ou médico-sociales sont soumis au secret en raison de leur contexte de travail, bien que certains groupes le soient déjà en raison de leur statut professionnel (médecins, infirmières, assistantes sociales).

Certaines dispositions législatives soulignent la possibilité de transmettre des informations : ainsi « *les personnes appelées à intervenir dans l'instruction des demandes de prise en charge, l'évaluation et l'orientation des personnes ou familles sans-domicile sont tenues au secret professionnel mais peuvent échanger entre elles les informations confidentielles dont elles disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision* » (art. L345-2-10 Code de l'action sociale et familiale). En 2016, deux décrets (décrets n° 2016-994 et n° 2016-1349) précisent les conditions de « *partage d'information entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social* » et apportent des précisions relatives au « *consentement préalable des usagers* ». Ils réaffirment la nécessité d'informer l'usager et d'obtenir son consentement « *par tous moyens* », et rappellent que seules les informations « *strictement nécessaires* » à la prise en charge peuvent être partagées, cette nécessité n'étant pas caractérisée et restant à la discrétion des professionnels, et dans le cadre du « *périmètre de leur mission* » réaffirmant *de facto* la distinction entre professionnels sociaux et médicaux.

Dans le cadre des intervisions du RSP, c'est l'anonymat qui est supposé garantir la confidentialité des échanges et permettre l'évocation d'éléments de la vie privée des usagers dont les situations sont présentées. En réalité, au cours de la vingtaine de réunions observées dans le cadre de l'enquête, les situations dans lesquelles l'anonymat a été pleinement respecté sont très minoritaires : soit que le nom échappe à l'un des acteurs en présence, notamment les moins habitués au fonctionnement du réseau ; soit que des messes basses portent sur l'identité

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

de la personne – une professionnelle assise à côté de moi lors d'une réunion m'a une fois demandé si je savais de qui il était question. Si la sollicitation explicite du nom de la personne ne s'est produite qu'une fois, l'évocation d'un « *nous* » par le médecin coordinateur a été fréquente, y compris pour mettre en garde les membres du réseau quant aux informations divulguées. À l'issue de la dernière présentation de l'intervision du 31 janvier 2019, le médecin précise ainsi : « *Attention au secret médical, on se partage, nous, des choses, mais il faut faire très très attention à ne pas laisser trainer des choses dans les courriers, les dossiers… c'est sensible !* ». Deux éléments méritent d'être soulignés ici : d'abord, la référence au « *nous* » de la communauté professionnelle apparait de nouveau. Ensuite, la mise en garde relative aux usages du secret médical sonne comme un rappel des socialisations professionnelles différentielles. S'il a conscience des informations qu'un dossier peut ou non contenir, il sait aussi que ce n'est pas le cas de tous les professionnels présents. En l'occurrence, le secret dont il est ici question est d'ordre spécifiquement médical et parait justifier une prudence renforcée. Au-delà de cette question disciplinaire, le format écrit du dossier rend la précision des éléments plus complexe, tandis que l'oral constitue une modalité privilégiée de partage des informations privées. On peut encore nuancer, en précisant que le format des échanges (formel ou informel) et l'interconnaissance des interlocuteurs jouent sur le partage d'informations à caractère secret. Au-delà de ces dimensions contextuelles néanmoins, les statuts professionnels paraissent surdéterminer la passation d'informations.

Comme dans d'autres contextes, *a fortiori* de travail, la constitution d'un « nous », fondé sur la division du travail de prise en charge des sans-domicile, tend à se construire contre un « eux », qui renvoie aux professionnels du champ sanitaire, renforçant la frontière avec celui-ci. De nombreux travailleurs sociaux ont témoigné des difficultés qu'ils rencontrent dans leurs échanges avec les acteurs extérieurs au secteur, en premier lieu ceux qui relèvent du champ sanitaire (médecine de ville, hôpital, secteurs de psychiatrie). Ponctuellement, ces difficultés peuvent être résolues par la reconnaissance d'un travailleur social comme membre d'une équipe de soin :

> Compare un dossier LHSS, un dossier médical, et compare un dossier ici [hébergement de stabilisation] : ici, on a simplement ce que nous donnent les gens. Donc les dossiers, ils ont trois feuilles, on sait ce qu'ont les gens, on sait qu'ils ont un cancer ou quoi que ce soit, mais on n'a pas les suivis médicaux. Tandis qu'en LHSS, moi, en tant qu'éducatrice, et pas en tant qu'infirmière, si j'avais pas le courrier, j'appelais les hôpitaux. Et je leur disais de me donner le compte-rendu, et ils me le donnaient.
>
> **Parce que t'avais le droit ?**
>
> Bah non. Normalement, ils étaient libres de refuser. Mais j'expliquais que j'étais en LHSS, que j'avais besoin pour le médecin, et je faisais un petit peu la secrétaire du médecin.
>
> Albane, éducatrice spécialisée au CHRS 2, 39 ans.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Cette situation reste néanmoins exceptionnelle, à la fois en raison du nombre relativement faible de travailleurs sociaux rattachés à des dispositifs médico-sociaux (Marquier 2014), mais aussi en raison de l'étanchéité des frontières qui délimitent le secteur social et médico-social d'une part, et le champ sanitaire d'autre part. Significativement, cette étanchéité ne s'impose pas uniquement aux travailleurs sociaux, mais également aux professionnels paramédicaux, dans certaines situations :

> Là où ça peut être un frein, c'est par exemple quand… bah tout ce qui est psychiatrie : on appelle un service parce que nous on a besoin d'aller à la recherche des infos, parce que la personne sera pas en mesure de les donner. Et du coup, bah c'est compliqué, ça prend beaucoup de temps : il faut que ce soit de médecin à médecin, il faut… et ça, c'est pas forcément évident… pour la personne.
>
> **Et ça c'est propre au milieu psychiatrique ?**
>
> Bah en tous cas on le ressent beaucoup ici. Après, en ayant de l'expérience et de la pratique, ah on sait ce qu'il faut dire et comment il faut le dire pour que ça passe. Limite on se fait… on dit très vite qu'on est l'infirmière qui travaille avec le docteur Pion, et hop, voilà c'est bon comme ça : « *il me demande de vous appeler* » (rires). Alors que des fois il est carrément sur un autre sujet ! Mais bon c'est pas grave. On n'est pas non plus… et puis c'est toujours pour le patient. On fait toujours attention, quand on envoie les papiers on cache toujours l'identité, on fait très attention quand on envoie des emails parce que c'est toujours… mais, c'est vrai que comme on touche des personnes, on va dire, dans l'extrême, même si bon, bah le secret professionnel ça reste le secret professionnel sur tout sujet… y'a des choses très taboues, chez certains accueillis, qu'on va quotidiennement retrouver chez nous. Bon, il y a beaucoup de sortants d'incarcération, de troubles psychiatriques qui dénotent et qui peuvent faire peur, donc on fait attention.
>
> Natacha Dauberge, infirmière à l'accueil de jour, 41 ans

> Le fait d'être infirmier me donne une porte d'entrée facilitée partout. Que n'ont pas les travailleurs sociaux, ça c'est évident. Dans le médical quoi. L'entrée à l'hôpital : n'importe quel hôpital, pas nécessairement le mien, parce que oui, on parle le même langage, parce que voilà, je vais avoir une entrée facilitée, plus aisée, bien sûr. Mais l'hôpital, ça reste quand même un milieu fermé de toute façon. Alors être infirmier, ça aide quand même je trouve. Mais à l'inverse tu vois… entrer à l'hôpital, ça, ça va aller, mais faire sortir les gens de l'hosto avoir des contacts avec le social, ça c'est compliqué. Ou alors je vais… et c'est pour ça que j'existe aussi hein, je vais être le repère. Donc toutes les infos vont passer par moi. Bon. Au moins elles passent. Mais c'est vraiment un travail comme ça de… faire le lien, c'est l'essence même de mon taf de toute façon. Mais il y a vraiment du boulot hein, les gens ont vraiment du mal à travailler ensemble. Y'a quelques évolutions, mais les médecins qui te ferment la porte, y'en a beaucoup trop encore. J'vais arriver parfois à l'hôpital, ça arrive encore, ou le médecin va me diriger vers l'assistante sociale. Parce que je suis infirmier au Samu social. Et souvent, par facilité je vais passer par l'assistante sociale, qui connait les infos, qu'elle va pouvoir me transmettre, que je n'aurai pas par le médecin. Ce qui est ridicule hein, mais on fait comme on peut. Par contre, ma collaboration avec les services sociaux des hôpitaux, elle est excellente, surtout les services sociaux des urgences. Là, y'a pas photo, les travailleurs sociaux de l'hôpital se rendent bien compte de l'intérêt de la chose.
>
> Frédéric, infirmier détaché par l'hôpital au Samu social, 49 ans.

Ces extraits mettent en lumière la permanence de certaines frontières statutaires, disciplinaires, institutionnelles. Les rapports complexes avec la psychiatrie s'observent également avec les professionnels de santé, et plus spécifiquement les professionnels paramédicaux. Mais comme le souligne l'infirmier du Samu social, ces difficultés existent aussi dans le cadre de l'hôpital général, au sein duquel les hiérarchies statutaires et disciplinaires restent particulièrement fortes. Les modalités de contournement mises en œuvre par ces

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

professionnels sont à ce titre particulièrement éclairantes. Comme la travailleuse sociale revendiquant son rattachement à un dispositif médico-social, l'infirmière explique agir au nom du médecin afin d'obtenir certaines informations. L'infirmier du Samu social explique quant à lui passer par les services sociaux de l'hôpital, qui incarnent une position homologue à la sienne, dans le champ sanitaire. Ces extraits soulignent bien la position intermédiaire que peuvent jouer les travailleurs paramédicaux dans le secteur social. Ils assurent des passerelles, à la fois entre le secteur social et le champ médical, mais aussi au sein même des dispositifs médico-sociaux, où ils jouent le rôle de traducteurs et de passeurs. Les difficultés soulignées par ces deux infirmier-e-s doivent être mise en perspective avec le témoignage de cette médecin, qui souligne quant à elle la facilité avec laquelle elle obtient les informations relevant du secret auprès de confrères hospitaliers :

> En tant que médecin c'est assez facile : ici c'est du secret médical partagé, et moi en tant que médecin, j'ai aucun problème pour obtenir des renseignements sur un patient avec un médecin du milieu hospitalier. […] Normalement, si une assistante sociale téléphone, elle ne devrait pas avoir accès au secret médical.
>
> **Y compris si c'est au nom du centre de santé ?**
>
> J'imagine (silence). Normalement non, normalement c'est de médecin à médecin. Nous ici, il y a le secret médical partagé, donc j'en parle à une assistante sociale si c'est nécessaire. Et bien sûr à une infirmière, c'est évident.
>
> Marie-Claire Reid, médecin référente d'un centre de santé gratuit, 59 ans.

On le voit ici, l'appartenance au secteur de la prise en charge et la construction d'une communauté professionnelle à cette échelle restent étroitement dépendants des logiques qui structurent les groupes et les systèmes professionnels exogènes. En l'occurrence, cette médecin parvient à obtenir des informations en faisant valoir son statut auprès de ses confrères hospitaliers. Le second médecin coordinateur du réseau fait la même chose avec les médecins de ville : il va chercher des informations qu'il partage ensuite, le plus souvent, avec les autres professionnels. Au-delà de la construction et de l'affichage d'une communauté professionnelle construite autour de l'idéal d'un travail d'accompagnement et de soins allant dans le même sens, des distinctions et des hiérarchies perdurent, se rattachant le plus souvent à des contextes extérieurs à la juridiction de la prise en charge des personnes sans-domicile.

Conclusion

Dans ce chapitre consacré aux modalités de (re)socialisation professionnelle, on a cherché à mettre en lumière la pluralité des formes par lesquelles les professionnels sont amenés à échanger, apprendre, inculquer, des représentations et des pratiques relatives au travail de prise en charge des sans-domicile. Ces échanges, plus ou moins formalisés et institués,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

participent à la formation et la diffusion d'une culture professionnelle commune. Cette culture commune, si elle met formellement l'accent sur la valorisation et l'échange des compétences des professionnels en présence, reste en réalité nettement marquée à la fois par les hiérarchies statutaires – qui elles-mêmes redoublent des inégalités de classe, de race et de genre – et par la valorisation des connaissances médicalisantes et psychologisantes. Ces dernières sont plus rares, plus abstraites et à divers égards plus efficaces que les connaissances socioadministratives et socioéducatives du travail social, inscrites dans le temps long et parfois rendues inopérantes par la pénurie qui marque, depuis plusieurs décennies, le secteur de la prise en charge. L'effet de cette culture commune sur les frontières de la prise en charge est double : d'une part, elle tend à brouiller les frontières par la diffusion de représentations, voire de pratiques professionnelles susceptibles de fluidifier les passages de relais dans la division du travail ; d'autre part, elle tend à rappeler chaque groupe professionnel à son champ de compétence propre, réactivant ainsi les distinctions statutaires, disciplinaires et symboliques qui structurent la division du travail.

Plus généralement, ce chapitre et le chapitre précédent ont permis de montrer que la prise en charge des personnes sans-domicile, si elle s'est considérablement structurée depuis a formulation initiale de la question SDF, est toujours susceptible d'évoluer, par la mobilisation de professionnels cherchant à améliorer les modalités de leur coopération, ou par la création de nouveaux dispositifs à l'initiative des pouvoirs publics, susceptibles de fédérer, ou à l'inverse de désolidariser, les acteurs de la prise en charge. En somme, et pour répondre au questionnement posé en introduction de cette troisième partie, il n'y a pas lieu ici de conclure à une professionnalisation inachevée de la prise en charge, dès lors que, dans la conception de la professionnalisation qui a été développée tout au long de cette thèse, celle-ci ne peut être qu'inachevée. La professionnalisation est un processus continu, toujours susceptible de faire l'objet d'évolutions, de conflits de légitimité et de jeux de concurrence entre segments et groupes professionnels. Dans quelques situations qui correspondent à ce qu'Abbott identifie comme des juridictions pleines ou totales (*full juridisdiction*) et dont la médecine constitue l'exemple-type, la professionnalisation est un processus stabilisé, presque arrêté. Dans un cas tel que la prise en charge des sans-domicile et plus largement la prise en charge des problèmes sociaux, plusieurs groupes professionnels – souvent les mêmes par ailleurs – sont investis et proposent des solutions concurrentes ou convergentes, aux problèmes qu'ils ont à résoudre. De tels cas constituent ainsi des juridictions partagées, c'est-à-dire des espaces au sein desquels plusieurs groupes et segments professionnels sont reconnus légitimes à intervenir dans l'optique de participer à une résolution commune du problème. Si des tensions, des conflits et des concurrences existent à travers ce partage, la cohérence de celui-ci repose sur une division des tâches originale, qui fait l'objet de transgressions et de rappels à l'ordre témoignant des hiérarchies culturelles et structurelles à l'œuvre dans la prise en charge des sans-domicile.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Conclusion générale

Frontières professionnelles, disciplinaires, institutionnelles. La prise en charge des sans-domicile comme juridiction partagée

La professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile s'est opérée sur une période d'une trentaine d'années dans l'optique de répondre à une préoccupation croissante autour de la hausse visible et durable du nombre de personnes privées de logement stable et personnel. Au regard de la tradition pluriséculaire qui faisait du vagabondage la face obscure, crainte et réprimée de la question sociale, ce processus se révèle particulièrement rapide. Amorcé au milieu des années 1980, il aboutit à un système pluriprofessionnel et pluridisciplinaire dont on a proposé une analyse transversale, en articulant analyses généalogique et sociologique. Les dispositifs investis au cours de l'enquête assurent des visées d'accueil et d'hébergement, de réinsertion et de soin, de veille sociale et sanitaire, de régulation de l'hébergement ou d'accès et de continuité des soins. S'ils sont régis par des règles et des visées qui leur sont propres, ils forment un système cohérent dont on a cherché à restituer la logique et les modalités d'organisation en mettant en lumière la division du travail qui le structure, et les rapports de concurrence et de coopération professionnelle qui s'y jouent.

La conclusion de ce travail est l'occasion de résumer les apports de cette recherche et d'esquisser des pistes pour prolonger la réflexion. On propose d'abord une analyse synthétique des résultats obtenus, sans se référer à l'ordre d'argumentation qui structure la thèse. Dans un second temps, les trajectoires socioprofessionnelles des acteurs interrogés sont restituées afin de mettre en lumière leurs socialisations communes et différentielles, qui illustrent la professionnalisation du secteur. L'évocation de ces trajectoires amène à évoquer deux pistes de prolongement de la recherche, l'une qui se rattache spécifiquement au secteur de la prise en charge des sans-domicile, l'autre qui s'en détache et se focalise sur les juridictions professionnelles pluridisciplinaires.

I. Résultats

Cette thèse aboutit à un résultat principal : le système professionnel de prise en charge des personnes sans-domicile constitue ce que l'on peut appeler, dans le prolongement d'Andrew Abbott, une « juridiction partagée » entre les professionnels du travail social et les professionnels de santé, somatique et mentale (Abbott 1988). La juridiction de la prise en charge du sans-abrisme peut ainsi être définie comme l'ensemble des tâches mises en œuvre par ces

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

différents professionnels dans une visée générale de normalisation, c'est-à-dire de réinsertion socioadministrative et de soin, de situations individuelles définies par leur absence de logement stable et personnel. Diverses frontières statutaires, disciplinaires, institutionnelles, délimitent des territoires professionnels et organisent la division du travail de prise en charge : mouvantes et poreuses, elles font l'objet de luttes et d'alliances diffuses visant à réaffirmer leur effectivité ou, à l'inverse, à contester leur légitimité. Les territoires ainsi délimités sont revendiqués et organisés par divers groupes professionnels, eux-mêmes divisés en plusieurs segments, engagés dans des relations de coopération et d'entraide, mais aussi de concurrence et d'opposition, qui structurent la juridiction. À travers l'étude de ces relations, on a montré qu'une double hiérarchie se fait jour dans le cadre de la prise en charge, observable à travers la répartition, l'appropriation et la délégation des tâches qui forment le maillage de l'accompagnement médico-social. La première hiérarchie est d'ordre structurelle, et se traduit par une division des tâches selon le statut des professionnels investis dans le travail de prise en charge. Cette hiérarchie repose elle-même sur des éléments tels que les situations et les conditions de travail, le diplôme, la trajectoire professionnelle, l'expérience et l'ancienneté dans le secteur. La seconde hiérarchie est d'ordre culturelle. Plus informelle et plus diffuse, elle se traduit par l'inégale influence des registres de connaissances mobilisés dans le travail quotidien. Le degré d'abstraction et l'efficacité de ces connaissances dans la résolution des problèmes particuliers vis-à-vis desquels elles sont mobilisées déterminent leur légitimité (Freidson 1970b, 1970c).

Au-delà de ce résultat général, d'autres méritent d'être soulignés. L'analyse a permis de montrer que les savoirs médicaux tendent à s'imposer de façon diffuse dans la juridiction, parce qu'ils constituent des ressources relativement rares et fréquemment sollicitées dans la définition et la résolution des problématiques rencontrées par les personnes sans-domicile. Dans leur analyse de référence des processus de médicalisation, Joseph Conrad et Peter Schneider soulignent que celle-ci peut s'opérer par deux biais (Conrad et Schneider 1992 ; Conrad 2005). D'une part, un phénomène peut être défini comme médical par l'identification de symptômes, de troubles, de pathologies et de leur étiologie : la médicalisation s'appuie alors sur un processus de pathologisation. D'autre part, la réponse sociopolitique légitime – ou perçue comme telle – à apporter à un problème peut être d'ordre médical, quand bien même d'autres solutions (sociales, judiciaires, pénales) pourraient prévaloir : la médicalisation s'apparente alors à la sanitarisation, soit une traduction en langage sanitaire d'un phénomène donné et des solutions à lui apporter (Fassin 1996 ; Geeraert 2017). En liant ces deux dimensions et en se rapportant plus spécifiquement à la sociologie des groupes professionnels, la médicalisation peut être envisagée comme le processus par lequel les professionnels de santé et en premier lieu les médecins s'investissent dans la résolution d'un problème donné et sont reconnus légitimes à le faire (Halpern 1990 ; Morel 2010). Dans le cas étudié, l'efficience du processus de médicalisation est précisément liée aux échanges constants entre ces trois dimensions, l'une

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

clinique et symptomatique, la seconde sociopolitique, la troisième socioprofessionnelle. La formulation de plusieurs *questions médicales* au cœur de la juridiction du sans-abrisme lie des inquiétudes sur l'accès aux soins des exclus du système de santé de droit commun, sur la nécessité de créer des dispositifs spécifiques à leur égard, ainsi que des interrogations sur la spécificité ou la prévalence de certains troubles parmi les personnes sans-domicile. Dans le cas de la prise en charge des personnes sans-domicile, médicalisation et professionnalisation sont étroitement intriquées, et presque indissociables. En effet, la médicalisation se traduit d'abord, d'un point de vue sociohistorique, par l'investissement et la légitimation de médecins pionniers dans la juridiction du sans-abrisme à partir du milieu des années 1980, processus qui amorce véritablement sa professionnalisation. Au-delà de cette dimension historique, on a également montré que la médicalisation est entretenue au quotidien par la porosité des frontières entre travail social et travail médical, par la sollicitation fréquente des professionnels de santé et la valorisation de leurs savoirs, ou encore par la fréquence des usages, par les travailleurs sociaux, des savoirs médicaux, qui témoignent de la diffusion des représentations médicales. Sans être des professionnels de santé, les travailleurs sociaux développent une expertise sanitaire (Eyal 2013), qui influe sur le travail d'accompagnement.

En second lieu, il convient de préciser et de nuancer ces analyses relatives à la médicalisation, notamment au regard de travaux anglo-saxons qui, tout en éclairant cette question (Mathieu 1993 ; Lyon-Callo 2000), tendent à masquer les effets de la prise en charge de la question sociale sur la pratique médicale elle-même. En dépit de son influence décisive sur la professionnalisation de la prise en charge de la question SDF, la médicalisation n'est pas un phénomène massif et uniforme, imposant les catégories de la pensée médicale de façon homogène à l'ensemble des acteurs qu'elle affecte. Elle apparait plutôt comme un phénomène subtil, diffus et complexe, dont l'efficience repose sur des dispositifs « de conversation » (Berger et Luckmann 1966 ; Serre 2009) qui cadrent les interactions entre professionnels de la santé et du travail social. Ces derniers sont aussi des dispositifs de « transformation » (Darmon 2006), à travers lesquels les dispositions professionnelles acquises au cours des temps de formation initiaux et de la socialisation en poste sont renforcées et ajustées aux pratiques et représentations professionnelles légitimes. Ces dispositifs, institués à des degrés divers, nourrissent et entretiennent la médicalisation de la prise en charge en réaffirmant en permanence la pertinence et la légitimité des systèmes de représentations issus de la médecine. Autrement dit, la médicalisation s'appuie sur, et s'accompagne d'une socialisation professionnelle constante, latente et manifeste (Halpern 1990), dont on a cherché à restituer les modalités formelles et informelles. Les temps de formation continue, centrés autour des problématiques de santé et dans l'optique de diffuser une culture professionnelle commune en sont les principaux supports. La médicalisation n'est pas non plus un phénomène unilatéral : à la médicalisation du travail social répond une *socialisation* du travail médical. Celle-ci s'opère

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

par deux biais. La médecine des pauvres est d'abord socialisée structurellement, à travers ses modalités d'exercice (Parizot 2003 ; Geeraert 2017). La prise en charge médicale des personnes sans-domicile s'appuie sur des formes organisationnelles distinctes de la pratique de la médecine libérale ou hospitalière classique (Vezinat 2017). Qu'elle s'opère dans le cadre des centres et réseaux de santé, de dispositifs spécialisés – du type LHSS, FAM, ACT, EMPP – ou à travers les PASS, la médecine des pauvres est socialisée, au sens où elle est intégrée à une structure économique et administrative originale, qui diffère de la médecine libérale et de droit commun. Par ailleurs, cette médecine est socialisée culturellement, à travers une spécialisation informelle de sa pratique. Produites par différents cadres socialisateurs – systèmes de valeurs religieuses, militantisme, origines sociales –, diverses prédispositions sont réactivées au cours d'une socialisation en poste (Darmon 2008 ; Laurens et Serre 2016), qui amène à adopter des pratiques de soins relativement spécifiques (centralité du travail d'écoute sur le ressenti des patients et dimension quasi psychologique du soin, « bobologie », consultations longues, négociations autour de la maladie perçue par le patient et diagnostiquée par le médecin, ou autour du travail de prescription et d'observance, etc.). Une interrogation centrale découle de cette double socialisation, déjà soulignée par ailleurs (Chauvenet 1978 ; Parizot 2003 ; Memmi 2018) et qui renvoie à une interrogation plus large sur la justice sociale et sa mise en œuvre (Rawls 1971). Elle traduit une tension entre nécessité d'adaptation au public par la création de dispositifs dédiés et la spécialisation des praticiens, et revendication d'une égalité de traitement de tous par le rattachement du soin des pauvres au droit commun. Cette interrogation mérite d'être saisie par le biais d'une analyse précise du renouveau de la médecine sociale, amorcée dans cette thèse, et sur laquelle on revient dans la présentation des perspectives de recherche.

L'analyse de l'influence des représentations médicales ne doit pas occulter les apports propres de cette recherche quant au travail d'accompagnement social mis en œuvre dans les dispositifs investis. Celui-ci se divise, pour l'essentiel, entre travail socioéducatif et travail socioadministratif, notamment au sein des dispositifs d'accueil, d'hébergement et de réinsertion : le premier est principalement assuré par des personnes en formation, récemment diplômées ou titulaires d'un titre peu valorisé (stagiaires, apprentis, moniteurs-éducateurs). Ce type d'accompagnement est peu contraignant pour les usagers, voire facultatif, et peut être collectif. Le second type d'accompagnement est axé autour de l'accès au droit et de la mise en œuvre d'un projet de réinsertion individualisé (Duvoux 2009). S'il est théoriquement plus contraignant pour les usagers qui y sont engagés, c'est surtout auprès des professionnels que cette contrainte se ressent, notamment dans la mesure où ils doivent rendre des comptes de manière croissante auprès des institutions qui les financent, à la fois quant à l'effectivité des accompagnements réalisés mais aussi quant à leur nombre (Demazière 2013). Cet accompagnement est mis en œuvre par des professionnels davantage diplômés : éducateurs spécialisés, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale. Ces deux

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

dimensions de l'accompagnement social sont complémentaires et mises en œuvre conjointement. Toutes deux reposent sur un travail de socialisation à l'autonomie, largement orienté par la multiplication des injonctions à l'autonomie caractéristiques des politiques sociales mises en œuvre par l'État dans sa configuration néolibérale (Dubois 2007). Ce travail consiste en des mesures mises en œuvre pour désaffilier, partiellement ou totalement, les usagers des relations d'accompagnement qui se déploient dans les dispositifs d'aide et d'action sociales, tout en les réaffiliant au droit commun (Autès, Bresson, et Delaval 1996). Ces mesures ont pour objectif d'inculquer des pratiques et des représentations conformes à la société intégrée. Le système de prise en charge contemporain est organisé dans cette optique, ce qui lui vaut son surnom de « modèle de l'escalier » (Deluchey 2006) : à des dispositifs dont l'accès est théoriquement inconditionnel (Gardella 2014b), succèdent des dispositifs de plus en plus sélectifs – hébergement de stabilisation, d'insertion, logement accompagné puis autonome. L'accès à ces derniers est conditionné à des critères objectifs (statut socioadministratif, possession de ressources, formulation de demandes d'accompagnement, rédaction d'un projet), mais aussi à l'évaluation, par les travailleurs sociaux, des situations auxquelles ils sont confrontés. L'autonomie désigne finalement une « *norme institutionnelle, définie de manière très lâche de manière à pouvoir s'adapter aux différentes situations* » (Duvoux 2009, p. 18) : chaque dispositif a des objectifs propres, qui participent d'une visée plus générale de normalisation. Cette autonomie est réévaluée à échéance régulière, à travers des entretiens individualisés entre accompagnants et accompagnés propices à une approche clinique et psychologisante des problèmes sociaux (Bresson 2012 ; Gaspar 2012 ; Alix 2019). L'analyse a aussi permis de montrer qu'une part essentielle du travail de prise en charge s'opère en retrait ou en parallèle des relations de face-à-face entre accompagnants et accompagnés. Les professionnels de la prise en charge discutent, débattent, ajustent leurs représentations et leurs pratiques au cours de temps d'échanges formels et informels.

Le dernier résultat transversal de cette recherche, qui se rapporte lui aussi à l'analyse de la prise en charge des personnes sans-domicile comme juridiction partagée, tient à la multiplicité des processus à l'œuvre dans la professionnalisation. Ce résultat n'est pas inédit : en encourageant le croisement des traditions théoriques, la diversité des méthodes et des niveaux d'analyse, et la multiplication des objets et sujets d'étude, la sociologie des groupes professionnels a montré que les processus de professionnalisation sont divers et peuvent s'articuler entre eux (Demazière 2009 ; Demazière et Gadéa 2009 ; Demazière, Roquet, et Wittorski 2012). En particulier, on a pu montrer que sont ou ont été à l'œuvre, dans la formation de la juridiction du sans-abrisme, des processus de professionnalisation « par le bas » et « par le haut » (Evetts 2003 ; Vezinat 2016 ; Demazière 2018), de bureaucratisation, de salarisation et de rationalisation économique, de médicalisation et de socialisation professionnelle réciproque, mais asymétrique. En prenant pour sujet d'étude la professionnalisation d'un

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

secteur, plutôt que d'un groupe ou d'un segment professionnel en particulier, on a proposé une analyse qui insiste sur la diversité des acteurs investis dans le travail de prise en charge et sur les relations qui structurent leurs échanges (Abbott 1988). Cette approche replace au cœur de l'analyse le travail mis en œuvre par les professionnels de statuts et de disciplines différents, leurs représentations et leurs pratiques, les rapports de force et d'influence qui les affectent, et leurs trajectoires socioprofessionnelles. Si ces dernières ont été restituées de façon individuelle dans le corps de la thèse, cette conclusion est l'occasion d'en proposer une analyse à caractère plus systématique et collectif.

II. La professionnalisation à l'échelle des trajectoires

En proposant de revenir synthétiquement sur les trajectoires des professionnels interrogés au cours de l'enquête, il s'agit de souligner à la fois l'existence de trajectoires de socialisation communes, mais aussi les différenciations internes aux groupes professionnels dont les membres ont été rencontrés. Sans participer automatiquement de la formation de segments professionnels (Bucher et Strauss 1961 ; Bucher 1962 ; Hénaut et Poulard 2018a, 2018b), cette hétérogénéité se traduit par différentes lignes de clivages que l'on propose d'identifier ici.

1. Les travailleurs sociaux : un effet générationnel marqué

Les travailleurs sociaux sont, numériquement, les professionnels les plus nombreux parmi les personnes rencontrées et interrogées dans le cadre de l'enquête. Ils sont aussi le groupe professionnel le plus anciennement investi dans leur prise en charge, à travers leur investissement précoce des secteurs de l'hébergement et de l'insertion par l'activité économique (Bregeon 2008 ; Gérome 2017). L'analyse des trajectoires des travailleurs sociaux rencontrés dans le cadre de l'enquête met en lumière une distinction générationnelle marquée, déjà observée par ailleurs (Chéronnet 2006 ; Alix 2019), qui se répercute sur des dimensions aussi variées que le diplôme, les logiques d'engagement, les modalités de recrutement ou encore le rapport à l'emploi et au travail. Cet écart générationnel témoigne bien de la professionnalisation du secteur de la prise en charge des personnes sans-domicile et de la reconnaissance du secteur comme débouché légitime des formations liées au travail social.

Au moment de leur embauche, les travailleurs sociaux les plus âgés et les plus anciennement investis dans le champ sont rarement titulaires d'un diplôme issu des formations du travail social. Leur investissement dans le secteur de l'exclusion est souvent lié à des réseaux

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'interconnaissance, des sociabilités et des systèmes de valeurs qui entretiennent des affinités électives avec l'action sociale et l'aide aux pauvres (Siméant 2009 ; Descloux 2018). Deux éléments méritent d'être soulignés : d'une part, les travailleurs sociaux les plus anciens qui ont été rencontrés au cours de l'enquête sont des hommes, ce qui contraste nettement avec l'état du secteur (Bessin 2009 ; Serre 2009 ; Tillard 2010). Cela peut s'expliquer par l'état du champ au moment où ils y accèdent : la prise en charge des sans-domicile est inscrite jusqu'au milieu des années 1990 dans un paradigme répressif, au sein duquel la violence prédomine, et qui valorise des compétences attachées à la masculinité telles que la force physique ou l'autorité. D'autre part, ces acteurs ont fait la quasi-totalité de leur carrière dans le secteur de l'exclusion, parfois dans la même association, voire, pour certains, dans le même service, et ils n'envisagent pas de réorientations professionnelles. Leurs trajectoires professionnelles ascendantes expliquent cet engagement durable. Les jeunes travailleurs sociaux présentent des caractéristiques socioprofessionnelles distinctes de leurs aînés. On trouve d'abord plus de femmes, sans que ces dernières occupent uniquement des postes d'assistantes sociales, segment le plus féminisé du travail social (Serre 2009). Contrairement à leurs aînés, ils et elles sont systématiquement diplômé-e-s au moment de leur entrée dans le champ, en lien direct avec le travail social. Les diplômes les plus représentés sont ceux de l'éducation spécialisée, de l'assistance de service social et de moniteur-éducateur (Marquier 2014). Quasi systématiquement, ces professionnels ont eu l'occasion de découvrir le secteur de la prise en charge de l'exclusion au cours de leur formation, via des stages ou via l'alternance, en assurant des remplacements ou des embauches temporaires sur des périodes de renfort hivernal. Leur investissement dans le secteur est souvent vécu et présenté comme une opportunité professionnelle saisie à un moment où ils étaient en recherche d'emploi, bien qu'un nombre restreint d'entre eux, plus fréquemment des femmes, soulignent la dimension vocationnelle de cet investissement. Contrairement à leurs aînés, certains envisagent ouvertement la possibilité, voire la probabilité, d'une réorientation professionnelle.

On peut finalement évoquer le segment spécifique des postes d'encadrement du travail social, en interrogeant d'abord les voies d'accès aux postes d'encadrement. Deux grands types d'accès peuvent être distingués : la promotion interne et le recrutement externe. Dans les dispositifs étudiés, la promotion interne constitue la voie d'accès la plus fréquente. Elle concerne les travailleurs sociaux les plus anciens, dont l'investissement durable s'est traduit par une trajectoire professionnelle ascendante. Le cas échéant, ces professionnels, faiblement diplômés au moment de leur entrée dans le champ, sont amenés à suivre des formations continues afin d'obtenir des diplômes accessibles sous condition d'expérience (CAFERUIS, DEIS). Cette démarche apparait nettement comme une réponse aux injonctions des pouvoirs publics, qui exigent désormais la possession de titres légitimant l'occupation d'une fonction d'encadrement ou de direction, plutôt que comme une aspiration personnelle à se former. La

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

voie du recrutement externe a aussi été observée, mais de façon plus rare. Le cas échéant, les personnes recrutées sont déjà titulaires d'un diplôme légitimant leur candidature et leur recrutement, et celui-ci fonctionne alors classiquement comme un outil de sélection. À l'échelle de l'organisation, le recrutement par voie externe est davantage propice à une opération de rupture avec les expériences passées et éventuellement, de réorientation des pratiques organisationnelles et professionnelles, notamment dans une perspective plus gestionnaire (Chéronnet 2006).

2. Les professionnels paramédicaux : rejet du tout médical et travail d'intermédiation

Contrairement au travail social ou à la médecine, qui désignent des secteurs d'activités reconnus de longue date et clairement identifiés par des ensembles d'activités revendiquées et appropriées, le secteur paramédical se définit essentiellement par défaut et en creux de la médecine (Freidson 1970b). Il regroupe en effet l'ensemble des activités mises en œuvre pour soutenir le travail proprement médical, par rapport auquel il est symboliquement déprécié du fait qu'il est cantonné le plus souvent aux tâches non appropriées ou déléguées par celui-ci (Chauvenet 1972 ; Strauss et al. 1985). Dans le cadre de cette thèse le travail paramédical a été entendu au sens large, comme le travail mis en œuvre autour du travail médical, mais en lien direct avec celui-ci, dans une visée de support, de coordination ou d'organisation. Des écarts importants se font jour entre les niveaux de diplôme des personnes interrogées, rappelant la forte hétérogénéité du groupe. Ceux-ci vont de la formation initiale d'aide-soignante au master 2 de psychologie, en passant par des diplômes d'infirmerie d'État et de cadre de santé, mais aussi par des spécialisations amorcées dans le cadre de formation continue sur les thématiques de l'addictologie ou de la psychiatrie. L'analyse des trajectoires des professionnels rencontrés au cours de l'enquête permet d'amorcer une réflexion sur leur travail dans le cas d'une juridiction partagée telle que la prise en charge du sans-abrisme, et plus généralement, dans le secteur médico-social. Le groupe de personnes interrogées peut être divisé en deux sous-groupes entre d'une part, des professionnelles qui organisent le travail médical à travers des postes de supervision ou de coordination, et d'autre part, des professionnels qui participent directement au travail de soin, par le biais d'un investissement personnel, relationnel et, dans une certaine mesure, corporel (Drulhe 2000).

Les professionnelles du premier sous-groupe ont en commun d'occuper une position qui écarte des pratiques de soin : elles occupent des positions qui les placent, sinon sur un pied d'égalité avec le travail médical, symboliquement davantage valorisé, du moins dans un rapport qui ne relève pas de la subordination hiérarchique. Chargées d'un travail de coordination, de

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

régulation ou d'intermédiation, elles ont acquis au cours de leur formation – initiale ou continue – et de leur socialisation professionnelle des compétences gestionnaires, organisationnelles et non spécifiquement médicales. De telles compétences se rapportent néanmoins à la connaissance des acteurs et des dispositifs de soins, et participent par conséquent d'un ensemble de compétences thérapeutiques particulièrement valorisables dans le cadre du travail de prise en charge pluridisciplinaire. Pour la plupart, l'occupation d'un poste d'encadrement a traduit une trajectoire professionnelle ascendante très représentative de ce secteur d'activité (Divay et Gadéa 2008 ; Gadéa 2013 ; Divay 2018). Les profesionnel-le-s du second sous-groupe ont en commun d'avoir connu une expérience en contexte hospitalier et de chercher à s'en détacher. La mise à distance de ce contexte est l'un des motifs les plus prégnants de l'investissement dans « *le social* ». En particulier, ce sont la hiérarchie particulièrement marquée de la division du travail médical et la subordination aux médecins qui font l'objet d'un rejet net. Celui-ci est particulièrement marqué parmi les infirmières somatiques, ce que peuvent expliquer des rapports de genre exacerbés dans la division du travail médical et qui tendent à redoubler les rapports hiérarchiques (Paillet 2007 ; Zolesio 2009, 2012). Le rejet du contexte hospitalier est nuancé dans certaines situations, notamment pour des professionnelles plus jeunes, récemment diplômées, qui souhaitent maintenir une activité en contexte hospitalier afin d'entretenir leur pratique du soin, ou pour d'autres, peu nombreuses néanmoins, aspirant à travailler en libéral.

Les différences observées dans les trajectoires professionnelles des membres de ces deux sous-groupes sont étroitement liées à la position qu'elles occupent dans la division du travail de prise en charge au moment de l'enquête, entre postes d'encadrement et d'organisation, d'une part, postes d'accompagnement et de soutien au soin, d'autre part. La plupart des récits recueillis et des observations réalisées auprès de ces professionnelles suggèrent un rejet marqué des contextes de travail spécifiquement médicaux. Ce rejet se traduit par une mise à distance de la pratique du soin, et par une adhésion nette au rôle d'intermédiaire entre le travail social et le travail médical. Dans le cadre des pistes de recherche présentées plus loin, on propose d'interroger la pertinence qu'il y aurait à étudier ce travail d'intermédiation dans d'autres juridictions partagées, et d'autres contextes pluridisciplinaires.

3. Médecins et psychiatres : des socialisations et des pratiques spécifiques

Le troisième groupe professionnel dont le travail a été observé est celui des médecins généralistes et des médecins psychiatres. Si ces deux segments sont le plus souvent étudiés de façon distincte en raison de leur histoire propre et d'identités professionnelles nettement revendiquées (voir chapitre 1), ce regroupement se justifie par la position spécifique qu'occupent leurs membres dans la division du travail de prise en charge des sans-domicile, et

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

par l'autorité morale et statutaire qu'ils exercent non seulement sur les professionnels paramédicaux, mais aussi sur les travailleurs sociaux. Plusieurs traits communs peuvent être identifiés dans la socialisation et les pratiques professionnelles de ces soignants.

Leur recrutement ne déroge pas aux caractéristiques structurelles de la démographie médicale (Schweyer 2010a) : ils sont plutôt issus des classes moyennes stables ou supérieures, bien qu'un petit nombre d'entre eux soit d'origine plus populaire. L'orientation vers la médecine est le plus souvent présentée comme une vocation et comme une mise en adéquation de leur niveau scolaire aux aspirations familiales de promotion sociale. Les rares femmes interrogées mettent également en avant la dimension relationnelle du travail de soin, nettement plus que les hommes qui insistent davantage sur leurs capacités à « *faire médecine* » (Hardy-Dubernet 2000). La quasi-totalité des médecins et psychiatres rencontrés étaient salariés ou l'avaient été au sein de dispositifs de prise en charge spécialisés, à une exception près. Cette exception est en soi intéressante, puisque le médecin en question est issu de la bourgeoisie industrielle du nord de la France, a pratiqué en libéral en secteur 2 tout au long de sa carrière, et ne s'est investi dans le soin des pauvres qu'à partir de sa retraite, de façon bénévole. Près de la moitié ont également connu une expérience humanitaire au cours de laquelle ils ont pu développer une conception militante de l'exercice de la médecine. Un trait commun à l'ensemble de ces médecins, particulièrement frappant, est leur communauté générationnelle : tous sont âgés de soixante ans ou plus et sont proches de la retraite au moment de l'entretien. Ce constat interroge le risque de « désertification médicale » et l'absence de relève de leur engagement. Il amène aussi à faire l'hypothèse d'un relatif désintérêt des nouvelles générations de médecins pour la médecine des pauvres, qu'il conviendrait de tester et d'étayer.

Le rapport au métier de ces professionnels s'est aussi développé à partir de processus de socialisations antérieures qui ont participé de l'acquisition de systèmes de valeurs spécifiques, à l'origine de leur engagement humanitaire, bénévole ou social. Trois ensembles de prédispositions se détachent plus particulièrement : celles qui se rattachent à la religion (aide au prochain, figure christique du pauvre, référence au « *sel de la terre* ») ; celles associées à l'adhésion et à la défense du service public (égalité de traitement, refus de la charité, voire volonté de laïciser les œuvres) ; enfin celles rattachées à l'engagement politique (lutte contre l'exclusion, défense des droits, plus rarement lutte contre les inégalités). Si ces systèmes de valeurs, de représentations et de pratiques peuvent se révéler concurrents voire contraires – notamment les socialisations religieuses et « républicaines » – ils peuvent aussi se combiner de façon originale. De façon générale, on retrouve assez nettement une aspiration à défendre le service public et l'égalité de traitement parmi les psychiatres – rappelant l'histoire de la psychiatrie et son inscription précoce dans le giron de l'État (Castel 1976). Tous adhèrent au paradigme d'une psychiatrie citoyenne, éloignée des institutions fermées (Castel 1975 ; Roelandt 2004). Cette conception du soin et des modes de pratiques de la psychiatrie se double

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

parfois de revendications politiques plutôt ancrées au centre gauche (Parti socialiste et ex-Parti socialiste unifié), qui témoignent à cet égard d'une homogénéité sociale et morale plus forte que parmi les médecins généralistes. Contrairement à ce que Laure Pitti et Audrey Mariette ont pu mettre en évidence dans le cas de la médecine ouvrière (Mariette et Pitti 2016), plusieurs acteurs interrogés se sont revendiqués de droite, un seul de gauche ; par ailleurs, leurs systèmes de valeurs sont apparus plus variés, empruntant plus souvent à la religion que les psychiatres seulement ponctuellement à la défense du service public. Cet écart se traduit par une opposition diffuse entre partisans d'une forme de spécialisation largement informelle des soins apportés aux plus pauvres, d'une part, et défenseurs d'une stricte égalité de traitement des patients, d'autre part. Cette question traverse plus généralement le secteur de la prise en charge des sans-domicile, et mérite d'être posée dans un cadre d'analyse plus large consacré aux reconfigurations des modes de prise en charge sanitaire de la question sociale.

III. Pistes et perspectives de recherche

En guise de clôture de ce travail, deux perspectives de recherche sont évoquées. La première se rapporte au secteur de la prise en charge des personnes sans-domicile, et s'inscrit dans la continuité directe de cette thèse. La seconde s'en détache sensiblement, en proposant de prolonger certaines analyses quant aux systèmes de travail pluridisciplinaires, notamment ceux se rapportant au traitement des formes contemporaines de la question sociale.

1. Analyser l'espace des pratiques professionnelles et leur réception

L'enquête a permis de restituer et d'analyser la cohérence du système de prise en charge, dont les différents dispositifs qui le composent sont autant de rouages interdépendants. Un certain nombre de pratiques et de représentations leur sont communes. À l'inverse, la cohérence globale du système repose sur l'attribution de tâches et de fonctions spécifiques à chaque dispositif. Au-delà des ressemblances et dissemblances observées, la question de l'adaptation de ces dispositifs aux usagers qui les fréquentent reste en partie indéterminée. Si on a pu évoquer le fait que la diversification des profils des personnes à la rue influe sur les pratiques et les représentations des professionnels et sur l'organisation du système lui-même, l'essentiel de l'enquête a porté sur l'accompagnement des personnes isolées, et plus spécifiquement des hommes. Les travaux récents ou en cours de Marie Loison-Leruste (Loison-Leruste et Perrier 2019), Audrey Marcillat (Marcillat et Maurin 2018) et Marine Maurin (2015, 2017b) sur les rapports de genre dans la prise en charge et plus spécifiquement sur les femmes sans-domicile, ou d'Erwan Le Méner (2013), Marion Giovanangeli ou Pierre Eloy sur les familles à la rue,

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

contribuent à éclairer la diversification de la population sans-domicile : dans le prolongement de ces travaux, l'étude des pratiques d'accompagnement et de soin mises en œuvre à leur égard permettrait d'étoffer l'analyse de la professionnalisation. Au-delà d'une extension à d'autres populations sans-domicile, l'analyse pourrait être élargie à d'autres dispositifs d'accompagnement. Le parti pris de cette recherche a été de se focaliser sur les dispositifs historiques du secteur, qui se sont progressivement « *sédimentés* » (Damon 2002a) pour former le système de l'accueil-hébergement-insertion (AHI). Une partie des dispositifs créés à partir du milieu des années 2000 a été intégrée à l'étude : l'hébergement de stabilisation d'une part, et le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) d'autre part. Le paradigme du logement d'abord, aujourd'hui promu par les politiques publiques relatives à la prise en charge des personnes sans-domicile, a néanmoins été laissé de côté, celui-ci faisant l'objet de plusieurs recherches se rapportant à l'évaluation du dispositif (Rhenter 2013 ; Chaput-Le Bars et Morange 2014), ou dans un cadre doctoral – voir notamment les thèses de Lola Vivès et Julien Lévy. Alors que le système AHI s'est développé selon un principe évolutif de socialisation à l'autonomie, le modèle du logement d'abord place l'autonomie au point de départ de l'accompagnement : dans cette optique il serait intéressant de comparer les pratiques professionnelles étudiées dans le modèle AHI et celles promues par le logement d'abord.

Ces pratiques professionnelles mériteraient par ailleurs d'être analysées en lien plus direct avec les effets qu'elles produisent sur les usagers eux-mêmes. Cette question a été abordée à travers l'étude des catégorisations professionnelles et de leurs effets sur la sélection et l'orientation des sans-domicile dans le cade de la prise en charge. En revanche, leur réception par les personnes qu'elles ciblent n'a pas été directement étudiée. Articulée à l'analyse des pratiques et de leur variation en fonction des publics de l'action sociale et médico-sociale, une telle analyse pourrait également nourrir l'étude des processus de professionnalisation, en dessinant un espace des usages du système de prise en charge. Pierre-Édouard Weill propose une illustration de la construction d'un tel espace sur une thématique proche – le Droit au logement opposable (DALO) –, espace construit à partir d'une double typologie en miroir : des profils des requérants, d'une part, de leurs rapports différenciés au droit, d'autre part (Weill 2017). Dans une perspective proche, les analyses consacrées au travail des agents de guichet des administrations sociales (Dubois 1999 ; Demazière 2002) et plus largement à l'accueil en première ligne des usagers (Lipsky 1980 ; Siblot 2006 ; Spire 2008), illustrent les effets des catégorisations réciproques qui s'opèrent entre usagers et agents administratifs. Si ces travaux ont inspiré l'analyse du travail d'accompagnement et de soin, celle-ci pourrait être prolongée en étudiant la réception, par les usagers, de telles pratiques. Une autre manière de saisir la réception des pratiques professionnelles par les usagers auxquels elles s'adressent serait de s'attacher aux carrières morales et institutionnelles de ces derniers, et à la construction identitaire qu'elles sous-tendent (Bresson 1994 ; Pichon 1996, 2010). Les travaux réalisés par

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Pascale Pichon avec Thierry Torche (Pichon et Torche 2011) ou Patrick Bruneteaux avec « Georges » (Bruneteaux 2016) illustrent particulièrement bien l'existence de carrières oscillant entre la rue et l'institution, mais aussi l'hôpital, l'asile ou la prison. Une difficulté inhérente à cette démarche tient néanmoins à la possibilité de systématiser le recueil des récits de vie. Cette démarche se heurte à un double écueil : en recrutant aléatoirement les enquêtés, le risque serait de se heurter à des témoignages décousus, témoignant de trajectoires elles-mêmes faites de nombreuses ruptures, qu'il n'est pas aisé de restituer dans leur complexité ; le second écueil serait de recruter les personnes les plus disposées à se raconter (Astier et Duvoux 2006), et provoquerait le risque d'occulter la diversité des carrières morales, notamment celles des personnes les plus éloignées du système de prise en charge.

Un dernier point mérite d'être souligné. On l'a évoqué en introduction de cette thèse et dans le premier chapitre : la question SDF a fait l'objet de ce que Pascale Pichon nomme une « *double apparition* », dans l'espace public (Damon 2002a) et dans l'espace académique (Choppin et al. 2013 ; Pichon et al. 2016). On pourrait se demander dans quelle mesure les sciences sociales, en participant de l'analyse du phénomène, ont influé sur la professionnalisation de la prise en charge, ne serait-ce qu'en contribuant à sa connaissance. Édouard Gardella a évoqué dans sa thèse l'influence d'acteurs du champ académique (Julien Damon), ou situés à la limite de celui-ci (Pascal Noblet), participant directement à l'élaboration ou l'évaluation des politiques du sans-abrisme (Gardella 2014a). On pourrait ajouter à cette analyse d'autres figures telles que celles d'Erwan Le Méner, Pierre Chauvin, Pauline Rhenter ou Christian Laval, mais aussi, plus largement, celles et ceux qui ont participé aux recherches mises en œuvre par le Plan urbanisme construction architecture (PUCA). Cette institution parait en effet jouer, au tournant des années 1990, un rôle déterminant dans l'analyse du sans-abrisme à travers le financement de projets de recherche individuels et collectifs voire, peut-être, dans sa mise à l'agenda politique. Une telle démarche pourrait se nourrir d'entretiens avec les chercheur-e-s qui ont participé à ces programmes, avec les commanditaires des recherches, mais aussi d'archives, publiques et privées se rapportant aux études menées dans ce cadre.

2. Travail social, travail du soin et question(s) sociale(s)

La seconde perspective de recherche est plus indirectement liée à la problématique du sans-abrisme. Elle s'inscrit plutôt dans le prolongement de l'analyse des systèmes de travail pluridisciplinaires. En particulier, il s'agirait de prolonger les analyses sur les groupes professionnels investis dans la prise en charge de la question sociale, leurs pratiques et leurs représentations quant aux différentes facettes de celle-ci. Plusieurs questionnements sous-tendent cette perspective. En restituant les évolutions de long terme du traitement de la question

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

sociale et du champ médical, on a rappelé qu'une partie des fonctions historiquement attachées à l'hôpital, en l'occurrence celles qui se rapportent au traitement de la question sociale, sont progressivement externalisées à mesure que le champ s'autonomise (Faure 1994 ; Imbault-Huart 1996). Ces évolutions aboutissent avec la reconnaissance de l'hôpital comme cœur du service public de santé en 1970. Dans la foulée, avec la loi de 1975, le secteur médico-social s'institutionnalise à l'intersection du champ sanitaire et des institutions de prise en charge de la question sociale. Ce secteur regroupe des acteurs, des institutions et des publics qui ont déjà entamé, parfois depuis plusieurs décennies, des processus de spécialisation et de différenciation (Lenoir 1979 ; Chauvière 1980 ; Cret et Guilhot 2016), qui témoignent de logiques propres mais aussi de modes d'organisation proches, voire similaires (médicalisation, bureaucratisation, rationalisation économique de l'action associative…). Dans la continuité des analyses de cette thèse, on peut s'interroger sur les modalités d'articulation à l'œuvre entre travail social et travail médical au sein des espaces de prise en charge du handicap, de la vieillesse, de la dépendance, des usages de drogues, etc., dans une perspective comparative.

En lien direct avec ce questionnement autour des rapports entre travail social et travail médical dans les différents secteurs médico-sociaux, il apparait particulièrement pertinent de s'interroger sur la place et le rôle qu'occupent les professionnel-le-s paramédicaux-ales dans les juridictions fondées sur l'articulation de ces deux dimensions de la prise en charge. Les travaux consacrés à divers segments du travail paramédical ont évoqué cette question, en insistant sur leurs savoirs et leurs compétences propres, mais aussi sur leur relation de subordination à la médecine (Chauvenet 1972 ; Peneff 1992 ; Arborio 2001 ; Paillet 2007). La plupart de ces travaux s'inscrivent néanmoins en contexte hospitalier, lieu d'affirmation du pouvoir médical, par rapport auquel le travail paramédical est presque toujours défini en creux (Bucher et Strauss 1961 ; Freidson 1970 ; Strauss et al. 1985). Or, précisément, il conviendrait de déplacer l'analyse en dehors de l'hôpital, *a fortiori* dans des contextes professionnels fondés sur l'hybridation des pratiques, connaissances et représentations, susceptibles de valoriser des compétences propres. En effet, cette thèse a mis en évidence un trait caractéristique : ces professionnels sont souvent amenés à jouer un rôle de traduction, d'interprétation et de relai entre les systèmes de représentations et de pratiques du travail social d'une part, et du travail médical d'autre part. Ils sont les garants des frontières entre ces deux mondes, en assurant à la fois leur délimitation, mais aussi les échanges entre eux. Plus généralement, leurs trajectoires socioprofessionnelles marquent une mise à distance de la technique, ainsi qu'un rejet du contexte hospitalier. À l'inverse, la centralité du travail relationnel mis en œuvre à la fois avec les usagers et avec les professionnels suggère l'affirmation d'un rôle spécifique, susceptible d'être valorisé dans le champ médico-social comme il l'est dans la juridiction de la prise en charge de la question SDF.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Enfin, une dernière piste de travail se rapporte à ce que l'on a commencé à envisager dans le premier chapitre comme un renouveau de la médecine sociale. Historiquement, celle-ci désigne un ensemble de savoirs, techniques, professions et institutions au service de l'État, participant de la nouvelle gouvernementalité qui se déploie à partir du XVIIIe siècle, qui délaisse partiellement la discipline pour privilégier le contrôle et la surveillance des corps et des conduites (Foucault 1988, 2004 ; Pinell 2009). La médecine sociale qui se développe au XXe siècle peut être envisagée dans une perspective plus restrictive, définie par son rôle dans le traitement des différentes facettes de la question sociale et ses rapports à celle-ci. La médecine sociale se définirait dès lors moins en fonction de son instrumentalisation par l'État que par un ensemble de critères qu'il conviendrait de déterminer. En lien avec l'interrogation sur la structuration du champ médico-social, on pourrait aussi s'interroger sur le profil sociologique des médecins qui soignent les pauvres, les handicapés, les drogués, les fous, les étrangers, les vieux, en somme les multiples facettes de la question sociale dans sa forme contemporaine. En particulier, les conditions et les statuts relatifs à l'exercice de cette médecine pourraient être étudiés (Vezinat 2017), notamment au regard de l'exercice de la médecine libérale et hospitalière (Chauvenet 1973 ; Bloy 2010 ; Hassenteufel 1997, 2010). Comme on l'a esquissé dans cette thèse, il conviendrait également de restituer les trajectoires socioprofessionnelles, les dispositions militantes, les systèmes de valeurs, l'origine sociale des soignants (Marichalar et Pitti 2013 ; Mariette et Pitti 2016), ou encore le sens politique donné à leur pratique (Geeraert 2017). Ce faisant, il serait possible d'étudier les modalités d'ajustement des pratiques et des représentations à des publics et des pathologies spécifiques, c'est-à-dire d'une forme de spécialisation informelle ou d'une expertise (Eyal 2013), susceptibles de faire écho ou d'être conditionnées à des spécialisations antérieures (Juston 2018). Cette interrogation pourrait ainsi être élargie à d'autres contextes ou problématiques (renouvellement générationnel des médecins sociaux, étude des « médecins de campagne », traitement des usages de drogues en milieu rural…), voire à d'autres contextes nationaux.

***

À l'issue de cette recherche, divers questionnements qui se rapportent aux personnes privées de logement et à leur prise en charge, ou aux configurations de travail pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires méritent encore d'être posés. Il n'y aura pas d'originalité à préciser que cette thèse constitue à la fois un aboutissement, mais aussi une étape. Elle a en tous cas représenté un apprentissage aussi long que stimulant. Gageons qu'elle contribue à éclairer les phénomènes qu'elle a tenté d'analyser.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Bibliographie

Aballéa, François. 1993. « Les politiques du logement et de l'habitat. Renouveau et permanence d'un débat ». *Recherches et Prévisions* 31 (1): 65-74.

———. 1996. « Crise du travail social, malaise des travailleurs sociaux ». *Recherches et Prévisions* 44 (1): 11-22.

———. 2000. « Travail social et intervention sociale : de la catégorisation à l'identité ». *Recherches et Prévisions* 62 (1): 71-81.

———. 2005. « La professionnalisation inachevée des assistantes maternelles ». *Recherches et Prévisions* 80 (1): 55-65.

Abbott, Andrew. 1980. « Religion, Psychiatry, and Problems of Everyday Life ». *Sociological Analysis* 41 (2): 164-71.

———. 1988. *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

———. 1991. « History and Sociology: The Lost Synthesis ». *Social Science History* 15 (2): 201-38.

———. 1995. « Things Of Boundaries ». *Social Research* 62 (4): 857-82.

———. 1997. « Of Time and Space: The Contemporary Relevance of the Chicago School ». *Social Forces* 75 (4): 1149-82.

———. 2003. « Ecologies liées : à propos du système des professions ». In *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, 29-50. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

———. 2005. « Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions ». *Sociological Theory* 23 (3): 245-74.

———. 2016. « La pertinence actuelle de l'École de Chicago ». In *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, 35-68. Paris: Éditions de l'ÉHESS.

Acef, Saïd. 2008. « Réseaux de santé et territoires ». *Informations sociales*, n° 147: 72-81.

Acker, Françoise. 2004. « Les infirmières en crise ? » *Mouvements*, n° 32: 60-66.

———. 2005. « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1: 161-81.

Ackerknecht, Erwin Heinz. 1986. *La médecine hospitalière à Paris: 1794-1848*. Paris, France: Payot.

Adam, Christophe. 2012. « Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ». *Déviance et Société* Vol. 36 (2): 137-69.

Agamben, Giorgio. 2013. *De la très haute pauvreté : règles et forme de vie*. Paris: Payot & Rivages.

Aïach, Pierre. 2010. *Les inégalités sociales de santé: écrits*. Paris: Economica.

Alber, Alex. 2019. « Tutoyer son chef. Entre rapports sociaux et logiques managériales ». *Sociologie du travail* 61 (Vol. 61-n° 1).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Alfandari, Élie, et Elisabeth Maurel. 1996. *Hébergement et réadaptation sociale*. Paris: Sirey.

Alix, Jean-Sébastien. 2019. « Une analyse sociologique des transformations des modes de subjectivation : éclatements de la résistance et construction d'une grammaire de l'assentiment dans les professions de l'action sociale ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Paris: EHESS.

Alix, Jean-Sébastien, Michel Autès, Nathalie Coutinet, et Gabrielle Garrigue. 2018. « Les contrats à impact social : une menace pour la solidarité ? » *La Vie des Idées*, janvier.

Allouch, Annabelle. 2017. *La société du concours: l'empire des classements scolaires*. Paris: Seuil.

Amistani, Carole. 2001. « Les femmes sans-domicile: rapports à l'institution, systèmes de valeurs et éducation informelle ». Thèse pour le doctorat de Sciences de l'éducation, France: Université Paris 13.

Anderson, Elijah. 1990. *Streetwise: race, class, and change in an urban community*. Chicago: University of Chicago Press.

———. 1999. *Code of the street: decency, violence, and the moral life of the inner city*. New York: W.W. Norton.

Anderson, Nels. 2011. *Le hobo : sociologie du sans-abri*. Paris: Armand Colin.

Arborio, Anne-Marie. 1995. « Quand le "sale boulot" fait le métier: le aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital ». *Sciences Sociales et Santé* 13 (3): 93-126.

———. 2001. *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Anthropos.

Arnal, Caroline. 2012. « Concurrence et coopération sur le terrain des maraudes parisiennes. Une problématisation des rapports entre travailleurs sociaux et bénévoles au sein d'une activité partagée ». In *Institutionnalisation, désinstitutionnalisation de l'intervention sociale*, 127-37. Toulouse: Octarès.

———. 2015a. « Professionnaliser ses émotions : une injonction qui divise ». *La nouvelle revue du travail*, n° 6.

———. 2015b. « Ressorts et enjeux du travail de catégorisation au sein des maraudes parisiennes ». In *Les territoires vécus de l'intervention sociale*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.

———. 2016. « Dynamiques de frontières d'une activité relationnelle. Le cas des maraudes parisiennes auprès des sans-abri ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Saint-Quentin-en-Yvelines: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

Arnaud, A., O. Chosidow, M.-A. Détrez, D. Bitar, F. Huber, F. Foulet, Y. Le Strat, et S. Vandentorren. 2016. « Prevalences of Scabies and Pediculosis Corporis among Homeless People in the Paris Region: Results from Two Randomized Cross-Sectional Surveys (HYTPEAC Study) ». *British Journal of Dermatology* 174 (1): 104-12.

Arnaud, Amandine, Anne Fagot-Campagna, Anne Laporte, Gérard Reach, et Catherine Basin. 2008. « Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 43: 418-20.

Arveiller, Jean-Paul, et Alain Mercuel, éd. 2011. *Santé mentale et précarité: aller vers et rétablir*. Paris: Lavoisier.

Astier, Isabelle. 1997. *Revenu minimum et souci d'insertion*. Paris: Desclée de Brouwer.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2007. *Les nouvelles règles du social*. Paris: Presses Universitaires de France.

Astier, Isabelle, et Nicolas Duvoux, éd. 2006. *La société biographique: une injonction à vivre dignement*. Paris: L'Harmattan.

Autès, Michel. 1999. *Les paradoxes du travail social*. Paris: Dunod.

Autès, Michel, Maryse Bresson, et Bernadette Delaval. 1996. *L'insertion, un moment éternel*. Lille: Clersé, Ifresi.

Avril, Christelle. 2014. *Les aides à domicile: un autre monde populaire*. Paris: La Dispute.

Avril, Christelle, Marie Cartier, et Delphine Serre. 2010. *Enquêter sur le travail: concepts, méthodes, récits*. Paris: La Découverte.

Ballain, René. 1993. « Les politiques du logement en faveur des populations défavorisées ». *Recherches et prévisions* 33 (1): 27-39.

———. 2000. « Regard sur la politique du logement en faveur des défavorisés ». *Recherches et prévisions* 62 (1): 3-11.

Ballain, René, et Elisabeth Maurel. 2002. *Le logement très social : extension ou fragilisation du droit au logement ?* La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube.

Ballet, Danielle, éd. 2005. *Les SDF: visibles, proches, citoyens*. Paris: Presses Universitaires de France.

Barbier, Jean-Claude, et Bruno Théret. 2004. *Le nouveau système français de protection sociale*. Paris: La Découverte.

Barbot, Janine. 2001. « Les interactions entre les associations et les agences publiques dans l'organisation de la recherche d'un traitement contre le sida ». *Revue francaise des affaires sociales*, n° 4: 59-63.

Barbot, Janine, et Nicolas Dodier. 2014. « Repenser la place des victimes au procès pénal ». *Revue française de science politique* 64 (3): 407-33.

Barel, Yves. 1982. *La marginalité sociale*. Paris: Presses universitaires de France.

Baszanger, Isabelle. 1981. « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes ». *Revue française de sociologie* 22 (2): 223-45.

———. 1983. « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale ». *Sociologie du travail* 25 (3): 275-94.

Baszanger, Isabelle, Martine Bungener, et Anne Paillet. 2002. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris: La Dispute.

Bataille, Philippe. 1997. *Le racisme au travail*. Paris: La Découverte.

Baubérot, Jean. 2000. « Pacifismes du christianisme social ». *Autres Temps* 67 (1): 29-37.

———. 2015. « La médecine: de la religion à la laïcité ? » *Diasporiques*, n° 31 (octobre): 20-24.

Baudot, Pierre-Yves. 2016. « Le handicap comme catégorie administrative ». *Revue française des affaires sociales*, n° 4: 63-87.

Bauduret, Jean-François, et Pierre Gauthier. 2013. *Institutions sociales et médico-sociales: de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*. Paris, France: Dunod, impr. 2013.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Bauduret, Jean-François, et Marcel Jaeger. 2005. *Rénover l'action sociale et médico-sociale: histoires d'une refondation*. Paris: Dunod.

Baux, Mathilde, Pierre Tonnel, Mathilde Labey, Laurent Plancke, Alina Amariei, et Thierry Danel. 2016. « Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015 ». *L'information psychiatrique* 92 (5): 397-405.

Bazin, Fabienne, Isabelle Parizot, et Pierre Chauvin. 2006. « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001 ». *Sciences sociales et santé* 24 (3): 11-31.

Beaud, Stéphane. 1996. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» ». *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 9 (35): 226-57.

Beaud, Stéphane, et Michel Pialoux. 1999. *Retour sur la condition ouvrière: enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*. Paris: Fayard.

Beaune, Jean-Claude. 1983. *Le vagabond et la machine: essai sur l'automatisme ambulatoire, médecine, technique et société en France : 1880-1910*. Seyssel: Champ Vallon.

Bec, Colette. 1993. « Politique sociale et initiative administrative: l'exemple du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (1886-1906), Abstract ». *Le Mouvement Social*, n° 163: 67-84.

———. 1994. *Assistance et République: la recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République*. Paris: Les Ed. de l'Atelier.

———. 1998a. *L'assistance en démocratie: les politiques assistantielles dans la France des XIXe et XXe siècles*. Paris, France: Belin.

———. 1998b. *L'assistance en démocratie: les politiques assistantielles dans la France des XIXe et XXe siècles*. Paris: Belin.

———. 2014. *La sécurité sociale. Une institution de la démocratie*. Paris: Gallimard.

Becker, Howard S. 1963. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press of Glencoe.

Becker, Howard S., Blanche Geer, et Everett C. Hughes. 1961. *Boys in white : student culture in medical school*. Transaction Books. New Brunswick.

Becker, Howard S., et Alain Pessin. 2006. « Howard S. Becker et Alain Pessin : Dialogue sur les notions de Monde et de Champ ». *Sociologie de l'Art* OPuS 8 (1): 163-80.

Becker, Howard S., et Anselm L. Strauss. 1956. « Careers, Personality, and Adult Socialization ». *American Journal of Sociology* 62 (3): 253-63.

Bélart, Claire. 2012. « Le processus de rationalisation du soin en psychiatrie publique: les nouveaux dispositifs de gestion ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Villeneuve-d'Ascq: Université Lille 1 - Sciences et technologies.

Belorgey, Nicolas. 2010. *L'hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public »*. Paris: La Découverte.

Benamouzig, Daniel. 2009. « Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990) ». *Sociétés contemporaines*, n° 73 (mars): 73-95.

Benoist, Yann. 2008a. « Cancer et grande pauvreté: ethnologie de la "Maison de Nanterre" ». Thèse pour le doctorat d'Anthropologie, France: Université Paris Descartes.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2008b. « Vivre dans la rue et se soigner ». *Sciences sociales et santé* 26 (3): 5-34.

———. 2009. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical: approche ethnographique d'un système de soins*. Paris: L'Harmattan.

———. 2010. « Se soigner à tout prix pour survivre à quel prix ? » In *Traité de bioéthique. II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques.*, 51-61. Toulouse: ERES.

———. 2016. « Tant qu'on a la santé… c'est pire ! » *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, nº 13 (novembre).

Benquet, Marlène. 2013. *Encaisser !: enquête en immersion dans la grande distribution*. Paris: La Découverte.

Benthall, Jonathan. 2005. « L'humanitarisme islamique ». *Cultures et Conflits*, nº 60: 103-22.

———. 2014. « Social Work, Poverty, Inequality and Social Safety Nets: Voluntary Welfare Organizations ». In *Modern Islamic Thinking and Activism : Dynamics in the West and in the Middle East*, 143-60. Leuven: Leuven University Press.

Benthall, Jonathan, et Jerome Bellion-Jourdan. 2003. *The Charitable Crescent : Politics of Aid in the Muslim World*. Londres: I.B. Tauris.

Bercot, Régine, et Frédéric de Coninck. 2006. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* Paris: L'Harmattan.

Berger, Peter Ludwig, et Thomas Luckmann. 1966. *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. Garden City: Doubleday.

Bergeron, Henri. 1999. *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2009. *Sociologie de la drogue*. Paris: La Découverte.

Bergeron, Henri, et Patrick Castel. 2010. « Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins ». *Sociologie du Travail* 52 (4): 441-60.

———. 2014. *Sociologie politique de la santé*. Paris: Presses universitaires de France.

Bergeron, Henri, et Constance Nathanson. 2014. « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 ». *Sciences sociales et santé* 32 (4): 5-32.

Bertaux, Daniel. 2005. *Récit de vie*. Paris: Armand Colin.

Bertillot, Hugo. 2016. « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur ». *Sociologie du Travail* 58 (3): 227-52.

Bessin, Marc. 2009. « Focus - La division sexuée du travail social ». *Informations sociales* n° 152 (2): 70-73.

Bezès, Philippe. 2009. *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Paris: Presses universitaires de France.

Bezès, Philippe, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, et Julia Evetts. 2011. « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? » *Sociologie du Travail* 53 (3): 293-348.

Bezès, Philippe, et Patrick Le Lidec. 2010. « L'hybridation du modèle territorial français. » *Revue francaise d'administration publique* n° 136 (4): 919-42.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Bezès, Philippe, et Alexandre Siné, éd. 2011. *Gouverner (par) les finances publiques*. Paris: Presses de Sciences Po.

Bidart, Claire. 1988. « Sociabilités : quelques variables ». *Revue française de sociologie* 29 (4): 621-48.

Bidet, Alexandra. 2010. « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens ». *Societes contemporaines* n° 78 (2): 115-35.

Blavier, Pierre. 2018. « Les réaménagements de la consommation en contexte de récession ». *Revue francaise de sociologie* Vol. 59 (1): 7-36.

Bloy, Géraldine. 2010. « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel ». In *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, 23-40. Rennes: Presses de l'EHESP.

Bloy, Géraldine, et François-Xavier Schweyer. 2010. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Blum, Pauline, et Samuel Neuberg. 2019. « Les temps retrouvés de l'insertion ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 226-227 (1): 104-19.

Blumer, Herbert. 1969. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

———. 1971. « Social Problems as Collective Behavior ». *Social Problems* 18 (3): 298-306.

Bodin, Romuald, éd. 2012. *Les métamorphoses du contrôle social*. Paris: La Dispute.

———. 2018. *L'institution du handicap: esquisse pour une théorie sociologique du handicap*. Paris: La Dispute.

Boltanski, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 26 (1): 205-33.

———. 1993a. *La souffrance à distance: morale humanitaire, médias et politique*. Paris: Ed. Métailié.

———. 1993b. *La souffrance à distance: morale humanitaire, médias et politique*. Paris, France: Ed. Métailié.

Boltanski, Luc, et Ève Chiapello. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.

Bonnet, Lucie. 2013. « La métamorphose du logement social: faire de l'habitat le support de capacité ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales.

Borelle, Céline. 2017a. « « C'est uniquement social ». Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie ». *Politix*, n° 117 (juin): 201-22.

———. 2017b. « Pour une approche séquentielle du diagnostic médical. Le cas de l'autisme ». *Sciences sociales et santé* 35 (3): 5-31.

Borgetto, Michel, et Robert Lafore. 2013. *L'aide et l'action sociales*. Paris: La Documentation française.

Borzeix, Anni, et Gwenaëlle Rot. 2010. *Genèse d'une discipline, naissance d'une revue: « Sociologie du travail »*. Nanterre: Presses universitaires de Paris Ouest.

Bossard, Suzy. 2015. « Précariat et rapports sociaux dans les métiers de service aux personnes: les auxiliaires de vie scolaire (AVS) dans l'Éducation nationale ». Thèse pour le

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

doctorat de Sociologie, Villeneuve-d'Ascq: Université Lille 1 - Sciences et technologies.

Bouhnik, Patricia. 2007. *Toxicos : le goût et la peine*. Paris: La Découverte.

———. 2008. « Héroïne et consommations de précarité dans la France des années 1990-2000 ». *Déviance et Société* 32 (3): 267-84.

Bouillon, Florence. 2009. *Les mondes du squat : anthropologie d'un habitat précaire*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bouquet, Marie-Victoire. 2016. « Résistances associatives et salariales à la refondation du dispositif d'urgence sociale ». In *Politiques sociales en mutation: quelles opportunités et quels risques pour l'État social?*, 145-60. Louvain: Presses universitaires de Louvain.

Bourdieu, Pierre. 1977. « Sur le pouvoir symbolique ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations* 32 (3): 405-11.

———. 1979. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris: Éd. de Minuit.

———. 1980a. « Le capital social ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 31 (1): 2-3.

———. 1980b. *Le sens pratique*. Paris: Éd. de Minuit.

———. 1982a. *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.

———. 1982b. « Les rites comme actes d'institution ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 43 (1): 58-63.

———. 1986. « La force du droit. Eléments pour une sociologie du champ juridique ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 64 (1): 3-19.

———. 1990. « Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en oeuvre des règlements ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 81 (1): 86-96.

———. 1993a. « Esprits d'État [Genèse et structure du champ bureaucratique] ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 96 (1): 49-62.

———. , éd. 1993b. *La misère du monde*. Paris: Éditions du Seuil.

———. 1994. *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Paris: Éditions du Seuil.

———. 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil.

———. 2001. *Science de la science et réflexivité: cours du Collège de France (2000-2001)*. Paris: Raisons d'agir.

———. 2012. *Sur l'État : cours au Collège de France (1989-1992)*. Raisons d'agir. Paris: Seuil.

———. 2015. *Sociologie générale. Volume 1, Cours au Collège de France (1981-1983)*. Paris: Raisons d'agir : Seuil.

———. 2017. *Anthropologie économique: cours au Collège de France, 1992-1993*. Paris: Raisons d'agir : Seuil.

Bourdieu, Pierre, et Luc Boltanski. 1976. « La production de l'idéologie dominante ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 2 (2): 3-73.

Bourdieu, Pierre, et Rosine Christin. 1990. « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la "politique du logement" ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 81 (1): 65-85.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Bourgeois, Marine. 2013. « Choisir les locataires du parc social ? Une approche ethnographique de la gestion des HLM ». *Sociologie du Travail* 55 (1): 56-75.

Bourgois, Philippe. 1999. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. New York: Cambridge University Press.

———. 2000. « Discipling addictions : the bio-politics of methadone and heroin in the Unite States ». *Culture, Medicine and Psychiatry* 24: 165-95.

Bourgois, Philippe. 1989. *Ethnicity at work: divided labor on a Central American banana plantation*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Bourgois, Philippe, Mark Lettiere, et James Quesada. 1997. « Social Misery and the Sanctions of Substance Abuse: Confronting HIV Risk among Homeless Heroin Addicts in San Francisco ». *Social Problems* 44 (2): 155-73.

Bourgois, Philippe, et Jeff Schonberg. 2005. « Un « apartheid intime ». Dimensions ethniques de l'habitus chez les toxicomanes sans-abri de San Francisco ». *Actes de la recherche en sciences sociales* no 160 (5): 32-44.

———. 2009. *Righteous dopefiend*. Berkeley: University of California Press.

Boussard, Valérie, Didier Demazière, et Philip Milburn. 2010. « Qu'est-ce qu'être professionnel? » In *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, 13-22. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Bregeon, Philippe. 2008a. *A quoi servent les professionnels de l'insertion ? L'exemple des intervenants sociaux en centres d'hébergement et de réinsertion sociale, en missions locales et dans l'insertion par l'activité économique*. Paris: L'Harmattan.

———. 2008b. « Histoire du réseau des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et de l'hébergement social ». In *A quoi servent les professionnels de l'insertion?*, L'Harmattan. Paris.

Brejon de Lavergnée, Matthieu. 2017. « Une politique sans État ? » *Genèses*, nº 109 (décembre): 9-31.

Bresson, Maryse. 1994. « La construction de l'identité sociale des sans-domicile-fixe dans la france contemporaine ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

———. 1995. « Sans-adresse-fixe, sans-domicile-fixe. Réflexion sur une sociologie des assistés ». *Revue française des affaires sociales*, nº 2-3: 79-96.

———. 1997. « Exclusion et « norme Logement ». Pour une étude des représentations associées à la question sociale ». *Sociétés contemporaines* 28 (1): 111-26.

———. 2003. « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence ». *Cahiers internationaux de sociologie* 115 (2): 311-26.

———. 2006. *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. L'Harmattan. Paris.

———. 2012. « La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux ». *Informations sociales*, nº 169 (avril): 68-75.

———. 2015. *Sociologie de la précarité*. Paris: Armand Colin.

———. 2016. « Le temps des précaires. Paradoxes et enjeux ». In *Le temps dans les sciences sociales*. Paris: Khartala.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Bresson, Maryse, Vincent Geronimi, et Nathalie Pottier, éd. 2013. *La vulnérabilité: questions de recherche en sciences sociales*. Fribourg: Academic Press Fribourg.

Brodiez-Dolino, Axelle. 2006. *Le secours populaire français : du communisme à l'humanitaire*. Paris: Presses de Sciences Po.

———. 2008. *Emmaüs et l'abbé Pierre*. Paris: Presses de Sciences Po.

———. 2009a. « Entre social et humanitaire : générations militantes à Emmaüs (1949-2009) ». *Le Mouvement Social* 227 (2): 85-100.

———. 2009b. « Gérer sa croissance: le cas des associations de solidarité et humanitaires depuis les années 1940 ». *Entreprises et histoire* 56 (3): 73-84.

———. 2013a. *Combattre la pauvreté : vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*. Paris: Éditions du CNRS.

———. 2013b. « Entre social et sanitaire : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle ». *Le Mouvement Social*, nº 242 (janvier): 9-29.

———. 2013c. « Vulnérabilités sanitaires et sociales ». *Le Mouvement Social* n° 242 (1): 3-8.

———. 2016. « Le concept de vulnérabilité ». *La Vie des Idées*.

———. 2018. « Qui sont les personnes sans-domicile en France depuis 1945 ? » *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, nº 138 (avril): 109-26.

Brodiez-Dolino, Axelle, Isabelle von Bueltzingsloewen, Benoît Eyraud, Christian Laval, et Bertrand Ravon, éd. 2014. *Vulnérabilités sanitaires et sociales : de l'histoire à la sociologie*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.

Brodiez-Dolino, Axelle, et Bertrand Ravon. 2016. « Le sans-abrisme au XXe siècle: reconfigurations d'un problème public ». In *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, 35-56. Saint-Étienne: Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Brousse, Cécile. 2005. « Définir et compter les sans-abri en Europe : enjeux et controverses ». *Genèses* no 58 (1): 48-71.

———. 2006. « Le réseau d'aide aux sans-domicile : un univers segmenté ». *Economie et Statistique* 391 (1): 15-34.

Brousse, Cécile, Jean-Marie Firdion, et Maryse Marpsat. 2008. *Les sans-domicile*. Paris: La Découverte.

Brousse, Cécile, Emmanuel Massé, et Bernadette Guiot de La Rochere. 2006. *L'enquête sans-domicile 2001*. Paris, France: INSEE,.

Brousse, Cécile, Gaël de Peretti, Bernadette Guiot de la Rochère, Emmanuel Massé, Pascal Arduin, Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat, Martine Quaglia, et Nicolas Razafindratsima. 2006. « L'enquête sans-domicile 2001 ». *Insee Méthodes*, nº 116 (août).

Bruneteaux, Patrick. 2006. « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance ». *Sociétés contemporaines* no 63 (3): 105-25.

———. 2007. « Les politiques de l'urgence à l'épreuve d'une ethnobiographie d'un SDF ». *Revue française de science politique* 57 (1): 47-67.

———. 2008. « La lutte contre la « grande pauvreté » : un marché ? » *Regards croisés sur l'économie*, nº 4 (septembre): 223-33.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2012. « Lectures critiques : Une sociologie morale révélatrice de ses impensés ? » *Revue française de science politique* 62 (3): 461-66.

———. 2013. *Les enfants de Don Quichotte: sociologie d'une improbable mobilisation nationale*. Saint-Denis: Presses Universitaires de Vincennes.

———. 2016. *Les mondes rêvés de Georges: fabrications identitaires et alternatives à la domination*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.

———. 2017. « La prise en charge nocturne des sous-prolétaires à la rue ». *Cultures & Conflits*, nº 105-106: 145-62.

———. 2018. « Ethnographie et lien social. Pratique et éthique de la recherche auprès des résidents des foyers d'urgence ». *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique* 140 (1): 39-89.

Bruneteaux, Patrick Directeur de la publication, et Daniel Directeur de la publication Terrolle. 2010. *L'arrière-cour de la mondialisation: ethnographie des paupérisés*. Bellecombe-en-Bauges: éditions du Croquant.

Bruneteaux, Patrick, et Corinne Lanzarini. 1999. *Les nouvelles figures du sous-prolétariat*. Paris: L'Harmattan.

Bruno, Isabelle. 2008. *À vos marques®, prêts... cherchez !: la stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*. Bellecombe-en-Bauges: Éd. du Croquant.

———. 2010. « La déroute du « benchmarking social » ». *Revue Française de Socio-Économie* n° 5 (1): 41-61.

Brusadelli, Nicolas. 2017. « Politiser sa trajectoire, démocratiser les savoirs ». *Agora debats/jeunesses* N° 76 (2): 93-106.

———. 2018. « Réinventer l'animation par l'éducation populaire ? » *Savoir/Agir* N° 43 (1): 51-61.

Bucher, Rue. 1962. « Pathology: A Study of Social Movements within a Profession ». *Social Problems* 10 (1): 40-51.

Bucher, Rue, et Anselm L. Strauss. 1961. « Professions in Process ». *American Journal of Sociology* 66 (4): 325-34.

von Bueltzingsloewen, Isabelle. 2002. « Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation ». *Vingtieme Siecle. Revue d'histoire* no 76 (4): 99-115.

———. 2009. *L'hécatombe des fous: la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris: Flammarion.

Buton, François. 2006. « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire, Summary ». *Genèses* no 65 (4): 71-91.

Buton, François, et Frédéric Pierru. 2012. « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire ». *Gouvernement et action publique*, nº 4 (novembre): 67-90.

Cabanel, Patrick. 2012. « Les protestants français ». In *A la gauche du Christe. Le chrétiens de gauche en France de 1945 à nos jours*, 177-92. Paris: Seuil.

Canguilhem, Georges. 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris, France: Presses universitaires de France.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Capuano, Christophe. 2018. *Que faire de nos vieux ?: une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*. Paris: Presses de Sciences Po.

Cardon, Dominique, Jean-Philippe Heurtin, Olivier Martin, Anne-Sylvie Pharabod, et Sabine Rozier. 1999. « Les formats de la générosité : trois explorations du Téléthon ». *Réseaux* 17 (95): 15-105.

Carricaburu, Danièle, et Marie Ménoret. 2004. *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin.

Castel, Patrick, et Marie-Odile Carrère, éd. 2007. *Soins en réseau: pratiques, acteurs et régulation en cancérologie*. Montrouge: J. Libbey Eurotext.

Castel, Robert. 1975. « Genèse et ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie ». *Sociologie du travail* 17 (1): 57-77.

———. 1976. *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Éditions de Minuit.

———. 1981. *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Éditions de Minuit.

———. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard.

———. 2003. *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris: Seuil.

———. 2005. « Michel Foucault et l'histoire du présent ». In *Gouvernement, organisation et entreprise : l'héritage de Michel Foucault*, Les Presses de l'Université Laval. Laval.

———. 2009. *La montée des incertitudes: travail, protections, statut de l'individu*. Paris: Seuil.

Castel, Robert, Eugène Enriquez, et Hélène Stevens. 2008. « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? » *Sociologies pratiques* n° 17 (2): 15-27.

Castel, Robert, et Monique Pellen-Benard. 1998. *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg: Editions Universitaires de Fribourg.

Castra, Michel. 2003. *Bien mourir: sociologie des soins palliatifs*. Paris: Presses universitaires de France.

Castra, Michel, Geneviève Cresson, Sylvie Denquin, Alexis Ferrand, et Philippe Larde. 2004. « Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations. » 20/01. Paris: DREES.

Cavé, Isabelle. 2016. *État, santé publique et médecine à la fin du XIXe siècle français*. Paris, France: L'Harmattan.

Cefaï, Daniel. 1996. « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques ». *Réseaux. Communication - Technologie - Société* 14 (75): 43-66.

———. 2016. « Andrew Abbott, un certain héritage de Chicago ». In *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, 69-93. Paris: Éditions de l'ÉHESS.

Cefaï, Daniel, et Édouard Gardella. 2011. *L'urgence sociale en action : ethnographie du Samusocial de Paris*. Paris: La Découverte.

Cefaï, Daniel, et Edouard Gardella. 2013. « Droit de réponse ». *Revue française de science politique* 63 (3): 785-88.

Certeau, Michel de. 1980. *L'invention du quotidien*. 2 vol. Paris: Union générale d'éditions.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Champy, Florent. 2011. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris: Presses universitaires de France.

Chantraine, Gilles. 2006. « La prison post-disciplinaire ». *Deviance et Societe* Vol. 30 (3): 273-88.

Chantraine, Gilles, et Nicolas Sallée. 2013. « Éduquer et punir ». *Revue francaise de sociologie* Vol. 54 (3): 437-64.

Chapoulie, Jean-Michel. 1973. « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels ». *Revue française de sociologie* 14 (1): 86-114.

———. 1991. « La seconde fondation de la sociologie française, les États-Unis et la classe ouvrière ». *Revue française de sociologie* 32 (3): 321-64.

Chappe, Vincent-Arnaud, et Narguesse Keyhani. 2018. « La fabrique d'un collectif judiciaire ». *Revue francaise de science politique* Vol. 68 (1): 7-29.

Chaput-Le Bars, Corinne, et Arnaud Morange. 2014. « Le Housing-first. L'expérimentation à la française ». *Le sociographe* 48 (4): 67.

Chassain, Adrien, Pauline Clochec, Chloé Le Meur, Marc Lenormand, et Marine Trégan. 2016. « L'expérience minoritaire ». *Tracés* 1 (30): 252.

Chauvenet, Antoinette. 1972. « Professions hospitalières et division du travail ». *Sociologie du travail* 14 (2): 145-63.

———. 1973. « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers ». *Revue française de sociologie* 14 (1): 61-76.

———. 1976. « Ordre médical et filières de soins ». *Sociologie du travail* 18 (4): 411-31.

———. 1978a. *Médecines au choix, médecine de classes*. Paris: PUF.

———. 1978b. *Prise en charge de la maladie et contrôle social de la déviance*. Paris: Centre d'étude des mouvements sociaux.

Chauvière, Michel. 1980. *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*. Paris: Éditions ouvrières.

———. 2004. *Le travail social dans l'action publique: sociologie d'une qualification controversée*. Paris: Dunod.

———. 2007. *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris: La Découverte.

Chauvière, Michel, et Bruno Duriez, éd. 2006. *Faire des militants: stratégies de formation de la JOC au MPF ; suivi de Pour un bilan du GRMF*. Groupement pour la recherche sur les mouvements familiaux. Villeneuve-d'Ascq.

Chauvière, Michel, Pierre Lenoël, et Éric Pierre, éd. 1996. *Protéger l'enfant: raison juridique et pratiques socio-judiciaires XIXe-XXe siècles*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Chave, Frédérique. 2010. « Tiers en urgences. Les interactions de secours, de l'appel au 18 à l'accueil en service d'urgences pédiatriques. Contribution à une sociologie du tiers. » Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: Université Paris Nanterre.

———. 2013. « Secourir en conduisant. Les appels des automobilistes aux pompiers ». *Métropolitiques.eu*.

Chayata, Sami, et Florent Gueguen. 2016. « Promouvoir le logement d'abord, garantir l'hébergement inconditionnel ». *Revue française des affaires sociales* 3 (7): 207-18.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Chérèque, François, Christine Abrossimov, et Mustapha Khennouf. 2015. « Evaluation de la 2nde année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ». Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.

Chéronnet, Hélène. 2006. *Statut de cadre et culture de métier: la structuration des fonctions d'encadrement dans le secteur de l'éducation spécialisée*. Paris: L'Harmattan.

Chéronney, Hélène, et Charles Gadéa. 2009. « Les cadres du travail social face à la rationalisation managériale des services publics ». In *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, 73-83. Recherches. Paris: La Découverte.

Chevalier, Louis. 1958. *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIXe siècle*. Paris,: Plon.

Chevallier, Jacques. 2001. « L'administration sanitaire et sociale en mouvement ». *Revue francaise des affaires sociales*, nº 4: 127-36.

Chobeaux, François. 1999. *Les nomades du vide: des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*. Arles: Actes sud.

Choppin, Katia, Édouard Gardella, Pascale Pichon, Élodie Jouve, et Marine Maurin. 2013. *Les sciences sociales et le sans-abrisme: recension bibliographique de langue française, 1987-2012*. Saint-Étienne: Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Cockempot, Brigitte, Anne Dassonville, Françoise Delplace, Marie-France Le Gal, et Bernadette Tillard. 1994. *Recherche - Action à propos des toxicomanes: enquête auprès de jeunes de 14-15 ans dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais 1993*. La Madeleine.

Cohen, Stanley. 1972. *Folk devils and moral panics: the creation of the Mods and Rockers*. London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: MacGibbon and Kee.

Collas, Thomas. 2017. « L'émergence des pâtissiers de restaurant. Sociologie d'une segmentation professionnelle ». *Sociologie du travail* 59 (2).

Collectif les Morts de la Rue. 2017. « Mortalité des personnes sans-domicile 2012-2016 ». Paris: Les Morts de la Rue.

———. 2018. « Mortalité des personnes sans-domicile en 2017 ». Paris: Morts de la rue.

Collins, Randall. 2004. *Interaction ritual chains*. Princeton: Princeton University Press.

Collins, et Gérôme Truc. 2010. « La violence en situations.Entretien avec Randall Collins ». *Tracés. Revue de Sciences humaines*, nº 19: 239-55.

Collovald, Annie. 2001. « De la défense des « pauvres nécessiteux » à l'humanitaire expert. Reconversion et métamorphoses d'une cause politique ». *Politix* 14 (56): 135-61.

Conrad, Peter. 1992. « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology* 18: 209-32.

———. 2005. « The Shifting Engines of Medicalization ». *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1): 3-14.

Conrad, Peter, et Joseph W. Schneider. 1992. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Coppel, Anne. 2005. « De l'usager de drogues à l'usager des services socio-sanitaires : l'action de proximité face aux logiques de services ». *Sciences sociales et santé* 23 (1): 69-78.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2017. « De la guerre à la drogue à la réduction des risques ». *Après-demain* N ° 44, NF (4): 41-43.

Corbin, Juliet M., et Anselm L. Strauss. 1993. « The Articulation of Work through Interaction ». *The Sociological Quarterly* 34 (1): 71-83.

Cossart, Paula, et Julien Talpin. 2015. *Lutte urbaine: participation et démocratie d'interpellation à l'Alma-Gare*. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant.

Cottin-Marx, Simon, Matthieu Hély, Gilles Jeannot, et Maud Simonet. 2017. « La recomposition des relations entre l'État et les associations: désengagements et réengagements. » *Revue Française d'Administration Publique* 163 (2): 463-76.

Coulmont, Baptiste. 2017. « Le petit peuple des sociologues ». *Genèses* n° 107 (2): 153-75.

Coulomb, Laureline. 2016. « Entre négociations et malentendus: l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Strasbourg: Université de Strasbourg.

Cour des comptes. 2007. *Les personnes sans-domicile: rapport public thématique*. Paris, France: La Documentation française.

———. 2011. « La politique publique de l'hébergement des personnes sans-domicile ». Cour des Comptes.

Couvrat, Pierre. 1967. « Le vagabondage ». *Revue de Droit Sanitaire et Social*.

Cresson, Geneviève. 1995. *Le travail domestique de santé: analyse sociologique*. Paris: L'Harmattan.

Cresson, Geneviève, et Nicole Gadrey. 2004. « Entre famille et métier : le travail du care ». *Nouvelles Questions Feministes* Vol. 23 (3): 26-41.

Cret, Benoit, et Nicolas Guilhot. 2016. « Le secteur du handicap, un marché en construction ? Stratégies concurrentielles et stabilisation du champ (1944-2010) ». *Revue française des affaires sociales*, n° 4: 193-223.

Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. 1977. *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.

Cubero, José-Ramón. 1998. *Histoire du vagabondage du Moyen âge à nos jours*. Paris: Imago.

Cusset, François. 2003. *French Theory : Foucault, Derrida, Deleuze & Cie et les mutations de la vie intellectuelle aux États-Unis*. Paris: La Découverte.

Dalgalarrondo, Sébastien, et Philippe Urfalino. 2000. « Choix tragique, controverse et décision publique. Le cas du tirage au sort des malades du sida ». *Revue française de sociologie* 41 (1): 119-57.

Dambuyant-Wargny, Gisèle. 2004. « "Sans toit ni loi": les exclus ». *Ethnologie francaise* 34 (3): 499-508.

Damon, Julien. 2001. « L'« urgence sociale » au prisme de sa ligne budgétaire. Autour du « 47.21 » ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1 (mars): 13-35.

———. 2002a. *La question SDF : critique d'une action publique*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2002b. « Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? » *Population* 57 (3): 569-82.

———. 2002c. « Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? » *Population* Vol. 57 (3): 569-82.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2002d. « Les mobilisations et protestations collectives en faveur des SDF : quelques jalons dans l'histoire récente, Abstract ». *Revue française des affaires sociales*, nº 2 (novembre): 7-22.

———. 2002e. « Des raisons individuelles de la mobilisation collective des SDF ». *Revue française des affaires sociales*, nº 2 (décembre): 65-80.

———. 2003. « Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF » ». *Déviance et Société* Vol. 27 (1): 25-42.

———. 2004. « La question SDF au prisme des médias ». *Espaces et sociétés*, nº 116-117: 93-110.

———. 2014. « Focus - Compter les personnes sans-domicile ». *Informations sociales* n° 184 (4): 70-72.

Dargent, Claude. 2005. *Les protestants en France aujourd'hui*. Paris: Payot.

Darmon, Muriel. 2006. *La socialisation*. Paris: Armand Colin.

———. 2008. « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation, The Notion of Career: an Interactionist Objectification Technique ». *Politix*, nº 82 (décembre): 149-67.

Darmon, Muriel, Delphine Dulong, et Elsa Favier. 2019. « Temps et pouvoir ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 226-227 (1): 6-15.

Darmon, Muriel, David Pichonnaz, et Kevin Toffel. 2018. « « La socialisation secondaire ne s'exerce pas sur une page blanche mais sur une page déjà écrite et déjà froissée par les expériences antérieures » ». *Emulations - Revue de sciences sociales*, nº 25 (septembre): 115-21.

Das, Veena. 2015. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.

Dassieu, Lise. 2014. « La sélection entre logique d'appropriation et stigmatisation. Les médecins généralistes face aux patients dépendants aux opiacés ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 6 (1): 179-97.

Dauvin, Pascal, et Johanna Siméant. 2002. *Le travail humanitaire : les acteurs des ONG, du siège au terrain*. Paris: Presses de Sciences Po.

De Pauw, Caroline. 2012. « Prise en charge des personnes précaires en médecine générale: un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? » Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: Université Lille 1 - Sciences et technologies.

De Swaan, Abram. 1990. *In care of the state: health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. Cambridge: Polity Press.

Declerck, Patrick. 2001. *Les naufragés: avec les clochards de Paris*. Paris: Plon.

Declerck, Patrick, Philippe Duprat, Odile Gaslonde, Jacques Hassin, Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans-Abri. (C.H.A.P.S.A.). Hôpital Max Fourestier. Nanterre. FRA, et Réseau National de Santé Publique. (R.N.S.P.). Saint-Maurice. FRA / com. 1996. « L'état médico-social et psychopathologique des personnes S.D.F. » Saint Maurice: RNSP. BDSP/CREDES : 12521.

Defert, Daniel, Marie-Hélène Cabé, et Marc Uhalde. 2005. « Innovation militante et réseau ». *Sociologies pratiques*, nº 11: 7-12.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Delfini, Antonio. 2017. « La ville conflictuelle. Luttes pour le logement et transformations des quartiers populaires : le faubourg de Fives à Lille (1969-2016) ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Villeneuve-d'Ascq: Université Lille 1 - Sciences et technologies.

Delon, Margot. 2017. « Les bidonvilles français dans le journal Le Monde (1945-2014) ». *La Vie des Idées*, novembre.

Delouette, Ilona, et Laura Nirello. 2016. « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». *Journal de gestion et d'economie medicales* Vol. 34 (7): 387-408.

———. 2017. « La régulation publique dans le secteur des Ehpad ». *RECMA* N° 344 (2): 58-72.

Deluchey, Jean-Jacques. 2006. « Le référentiel AHI : de la théorie aux réalités... » *Vie sociale* N° 2 (2): 67-77.

Demailly, Lise, et Michel Autès, éd. 2012. *La politique de santé mentale en France: acteurs, instruments, controverses*. Paris: Armand Colin.

Demazière, Didier. 1992. « La négociation des identités des chômeurs de longue durée ». *Revue française de sociologie* 33 (3): 335-63.

———. 2002. « « Chômeurs agés » et chômeurs « trop vieux » : articulation des catégories gestionnaires et interprétatives ». *Sociétés contemporaines* no 48 (4): 109-30.

———. 2009. « Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation ». *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, nº 108 (décembre): 83-90.

———. 2013. « Qu'est-ce que le travail d'accompagnement des chômeurs ? » *Regards croises sur l'economie* n° 13 (1): 137-50.

———. 2018a. « La professionnalisation dans tous ses états ». In *Professionnalisation(s) et État : Une sociologie politique des groupes professionnels*, 291-308. Espaces Politiques. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion..

———. 2018b. « Le devenir des frontières du chômage ». *Revue Française de Socio-Économie*, nº 20 (mai): 83-100.

Demazière, Didier, et Claude Dubar. 1997a. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple des récits d'insertion*. Paris: Nathan.

———. 1997b. « Dire les situations d'emploi. Confrontation des catégorisations statistiques et des catégorisations indigènes ». *Sociétés contemporaines* 26 (1): 93-107.

Demazière, Didier, et Charles Gadéa. 2009. *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*. Paris: La Découverte.

Demazière, Didier, et Morgan Jouvenet, éd. 2016a. *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*. Vol. Volume 2. Paris: Éditions de l'EHESS.

———. , éd. 2016b. *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*. Vol. Volume 1. Paris: Éditions de l'EHESS.

Demazière, Didier, Pascal Roquet, et Richard Wittorski, éd. 2012. *La professionnalisation mise en objet*. Paris: L'Harmattan.

Denise, Thomas. 2018. « La fabrique des soins en réanimation: entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: Normandie Université.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Depauw, Jacques. 1999. *Spiritualité et pauvreté à Paris au XVIIe siècle*. Paris: La Boutique de l'histoire.

Descloux, Gilles. 2018. « Socialisation religieuse, engagement militant et carrières professionnelles ». *Emulations - Revue de sciences sociales*, nº 25 (septembre): 81-96.

Desrosières, Alain. 2014. *Prouver et gouverner: une analyse politique des statistiques publiques*. Paris: La Découverte.

Di Vittorio, Pierangelo. 2014. « La psychiatrie et la santé mentale à l'épreuve du DSM ». *Déviance et Société* Vol. 38 (1): 103-21.

Didier, Emmanuel. 1996a. « De l'«exclusion» à l'exclusion ». *Politix* 9 (34): 5-27..

———. 1996b. « De l'«exclusion» à l'exclusion ». *Politix* 9 (34): 5-27.

Dietrich-Ragon, Pascale. 2011. *Le logement intolérable: habitants et pouvoirs publics face à l'insalubrité*. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2011.

DiMaggio, Paul, et Helmut Anheier. 1990. « The Sociology of Nonprofit Organizations and Sectors ». *Annual Review of Sociology* 16: 137-59.

DiMaggio, Paul, et Walter Powell. 1983. « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields ». *American Sociological Review* 48 (2): 147-60.

Divay, Sophie. 2018. « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation ». *Sciences sociales et sante* Vol. 36 (1): 39-64.

Divay, Sophie, et Charles Gadéa. 2008. « Les cadres de santé face à la logique managériale ». *Revue francaise d'administration publique* n° 128 (4): 677-87.

Dodier, Nicolas. 1993. *L' expertise médicale: essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.

———. 2003. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris: Éditions de l'EHESS.

Dodier, Nicolas, et Janine Barbot. 2016. « La force des dispositifs ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 71e année (2): 421-50.

Dodier, Nicolas, et Agnès Camus. 1997. « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 52 (4): 733-63.

Dodier, Nicolas, et Vololona Rabeharisoa. 2006. « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social ». *Politix* n° 73 (1): 9-22.

Domin, Jean-Paul. 2002. « Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941) ». *Revue française des affaires sociales* 1 (1): 131-54.

———. 2013. « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu ». *Revue du MAUSS*, nº 41 (juin): 41-52.

Donzelot, Jacques. 1977. *La police des familles*. Paris: Éditions de Minuit.

———. 1984. *L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques*. Paris: Fayard.

Dos Santos, Marie. 2016. « Usages de traitements de substitution aux opiacés: France, Suisse et Québec : étude comparative ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Strabourg: Université de Strasbourg.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Douville, Olivier. 2007. *De l'adolescence errante: variations sur les non-lieux de nos modernités*. Nantes: Pleins feux.

Druez, Elodie. 2016. « Réussite, racisme et discrimination scolaires, Educational achievement, racism and discrimination ». *Terrains & travaux*, nº 29 (décembre): 21-41.

Drulhe, Marcel. 2000. « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier ». In *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, 15-30. Rennes: Editions de l'Ecole nationale de santé publique.

Dubar, Claude. 1970. « Idéologies et choix professionnels des éducateurs spécialisés ». Thèse de 3e cycle en Sociologie, Université Paris 8.

———. 1992. « Formes identitaires et socialisation professionnelle ». *Revue française de sociologie* 33 (4): 505-29.

———. 1998. « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques ». *Sociétés Contemporaines* 29 (1): 73-85.

———. 2003a. « Sociétés sans classes ou sans discours de classe ? » *Lien social et Politiques*, nº 49: 35-44.

———. 2003b. « Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif ». In *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, 51-60. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Dubar, Claude, et Sandrine Nicourd. 2017. *Les biographies en sociologie*. Paris, France: la Découverte.

Dubar, Claude, Pierre Tripier, et Valérie Boussard. 2011. *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.

Dubois, Vincent. 1999. *La vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*. Paris: Economica.

———. 2007. « État social actif et controle des chômeurs : un tournant rigoriste entre tendances européennes et logiques nationales ». *Politique europeenne* n° 21 (1): 73-95.

———. 2009. « Le paradoxe du contrôleur. Incertitude et contrainte institutionnelle dans le contrôle des assistés sociaux ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 178 (3): 28.

———. 2012a. « Politisation, dépolitisation, repolitisation : les reconfigurations des rapports entre culture et politique au niveau local ». In *La politique, l'artiste et le gestionnaire. (Re) configurations locales et (dé)politisation de la culture*. Paris: Éditions du Croquant.

———. 2012b. « Ethnographier l'action publique ». *Gouvernement et action publique*, nº 1 (avril): 83-101.

———. 2014. « L'action de l'État, produit et enjeu des rapports entre espaces sociaux ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 201-202 (1): 11-25.

———. 2017. « Administrer les pauvres : quand l'ordre institutionnel relie l'ordre de l'interaction et l'ordre social ». In *Erving Goffman et le travail social*, 71-88. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.

Dubois, Vincent, et Pierre-Yves Baudot. 2012. « Formes et fondements sociaux de la compétence administrative ». *Sociologies pratiques* 24 (1): 19.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Dubois, Vincent, Morgane Paris, et Pierre-Édouard Weill. 2018. « Des chiffres et des droits. Le data mining ou la statistique au service du contrôle des allocataires ». *Revue des politiques sociales et familiales* 126 (1): 49-60.

Duneier, Mitchell, Ovie Carter, et Hakim Hasan. 2001. *Sidewalk*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Duprez, Dominique, et Michel Kokoreff. 2000a. *Les mondes de la drogue : usages et trafics dans les quartiers*. Paris: Odile Jacob.

———. 2000b. « Usages et trafics de drogues en milieux populaires ». *Déviance et société* 24 (2): 143-66.

Duriez, Bruno, éd. 1988. *Vingt ans de luttes ouvrières et familiales, 1940-1960: le mouvement populaire des familles dans le Nord-Pas-de-Calais, espoirs et réalisations*. Groupement pour la recherche sur les mouvements familiaux. Forest-sur-Marque: GRMF.

Duriez, Bruno, Étienne Fouilloux, et Alain-René Michel. 2001. *Chrétiens et ouvriers en France : 1937-1970*. Paris: Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.

Durkheim, Émile. 1893. « De la division du travail social: étude sur l'organisation des sociétés supérieures ». Thèse, Paris: F. Alcan.

———. 1897. *Le suicide: étude de sociologie*. Paris: F. Alcan.

Duval, Julien. 2002. « Une réforme symbolique de la Sécurité sociale ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 143 (3): 53-67.

Duvoux, Nicolas. 2009. *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*. Paris: Presses universitaires de France.

———. 2011. « Nouveaux pauvres, nouvelles politiques ». *Politiques sociales et familiales* 104 (1): 7-17.

———. 2013. « Comment l'assistance chasse l'État social ». *Idées économiques et sociales* N° 171 (1): 10-17.

———. 2014. *L'institutionnalisation de la précarité sur le marché du travail en France et aux États-Unis*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2015. *Les oubliés du rêve américain: philanthropie, état et pauvreté urbaine aux États-Unis*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2017. « Philanthropies et prestige d'État en France, xixe-xxe siècles ». *Genèses*, n° 109 (décembre): 3-8.

———. 2018. « Trente ans de RMI. La réforme perpétuelle de l'assistance sociale ». *La Vie des Idées*, novembre.

Eberhard, Mireille, Emmanuelle Guyavarch, et Erwan Le Méner. 2016. « Structure familiale et hébergement d'urgence au 115 de Paris ». *Revue des politiques sociales et familiales* 123 (1): 123-29.

Ebersold, Serge. 2004. « L'insertion ou la délégitimation du chômeur ». *Actes de la recherche en sciences sociales* no 154 (4): 92-102.

Ehrenberg, Alain. 1991. *Le culte de la performance*. Paris: Calmann-Lévy.

———. 2004. « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale ». *Revue francaise des affaires sociales*, n° 1: 77-88.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Elghozy, Bernard, Marie-Hélène Cabé, et Marc Uhalde. 2005. « Réseau de santé et action professionnelle ». *Sociologies pratiques*, nº 11: 17-20.

Elias, Norbert. 1991a. *La civilisation des moeurs*. Paris: Calmann-Lévy.

———. 1991b. *La dynamique de l'Occident*. Paris: Calmann-Lévy.

Elias, Norbert, et John L. Scotson. 1997. *Logiques de l'exclusion: enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté*. Paris: Fayard.

Éloire, Fabien. 2011. « Capital social et concurrence de statut. Le champ de la restauration commerciale ». *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, nº 49-2 (décembre): 7-41.

———. 2014. « Qui se ressemble s'assemble ? » *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 205 (5): 104-19.

Elster, Jon. 1992. *Local justice: how institutions allocate scarce goods and necessary burdens*. Cambridge: Cambridge University Press.

Emmanuelli, Xavier. 1994. *Dernier avis avant la fin du monde*. Paris: Albin Michel.

———. 2000. *L'homme n'est pas la mesure de l'homme*. Paris: Pocket.

———. 2002. *La fracture sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.

Emmanuelli, Xavier, et Catherine Malabou. 2009. *La grande exclusion: l'urgence sociale, symptômes et thérapeutique*. Paris: Bayard.

Ermakoff, Antoine. 2014. « Trier, soigner, administrer. Savoirs et pratiques du conseil général des hospices civils de Paris (1801-1848) ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 6 (1): 27-46.

Esprit. 1972. *Pourquoi le travail social?* Paris.

———. 1998. *A quoi sert le travail social ?* Paris: Esprit.

Evans, Tony, et John Harris. 2004. « Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion ». *British Journal of Social Work* 34 (6): 871-95.

Evetts, Julia. 2003. « Explaining the construction of professionalism in the military : history, concepts and theories ». *Revue française de sociologie* 44 (4): 759-76.

Eyal, Gil. 2013. « For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic ». *American Journal of Sociology* 118 (4): 863-907.

Eyraud, Benoît, et Livia Velpry. 2014. « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? » *Revue française d'administration publique*, nº 149: 207-22.

Fagin, Claire M. 1987. « The Visible Problems of an "Invisible" Profession: The Crisis and Challenge for Nursing ». *Inquiry* 24 (2): 119-26.

Fainzang, Sylvie. 2001. *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Presses universitaires de France.

Fassin, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 1998. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur des expériences locales*. Paris: La Découverte.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2000. « La supplique: Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 55 (5): 953-81.

———. 2001. « Charité bien ordonnée: Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence ». *Revue française de sociologie* 42 (3): 437-75.

———. 2004. *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte.

———. 2006. « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute: Une configuration sémantique de l'action publique ». *Politix* 73 (1): 137-57.

———. 2010. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard, Seuil.

Fassin, Didier, Anne-Claire Defossez, et Valérie Thomas. 2001. « Les inégalités des chances dans l'accès aux secours d'urgence ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1: 91-110.

Fassin, Didier, et Dominique Memmi. 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l'EHESS.

Fath, Sébastien. 2001. *Une autre manière d'être chrétien en France: socio-histoire de l'implantation baptiste (1810-1950)*. Genève: Labor et Fides.

———. 2005. *Du ghetto au réseau: le protestantisme évangélique en France (1800-2005)*. Genève: Labor et Fides.

Faure, Olivier. 1984. « La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance ». *Histoire, économie et société* 3 (4): 593-608.

———. 1994. *Histoire sociale de la médecine*. Paris, France: Anthropos : diff. Economica, DL1994.

Fer, Yannick, et Gwendoline Malogne-Fer. 2017. « Marching for Jesus in Paris: Religious Territorialization, Public Space and the Appropriation of Centrality in a Fragmented City ». In *Religion and the Global City*, 155-72. Londres: Bloomsbury.

Fernandez, Fabrice. 2010. *Emprises: drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*. Bruxelles: Larcier.

Feroni, Isabelle. 2004. « La substitution au Subutex® en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales ». In *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, 197-208. Rennes: Presses de l'EHESP.

———. 2018. « Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle ». *Sciences sociales et sante* Vol. 36 (1): 65-70.

Fihey, Damien, Olivier Lacoste, et Bernadette Tillard. 1994. *L'état de santé des populations défavorisées de la Communauté Urbaine de Lille*. La Madeleine: Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais.

Fleuriel, Sébastien, et Manuel Schotté. 2016. « Dépasser l'alternative amateurs/professionnels. Programme pour une histoire sociale des sportifs au travail ». *Le Mouvement Social* n° 254 (1): 3-12.

Fleurieu, Agnès de, et Laurent Chambaud. 2006. « Rapport de la mission effectuée à la demande de Madame Catherine Vautrin, ministre déléguée à la Cohésion Sociale et à la Parité ». Paris: Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

FNARS. 2007. « Sortir de la rue. Rapport du jury d'audition de la conférence de consensus sur les sans-abri ». Paris: FNARS.

———. 2011. *Le livre blanc de l'accompagnement social*. Édité par Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale. Ivry-sur-Seine: Les Éditions de l'atelier.

Fortané, Nicolas. 2010. « La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique. » *Genèses* 1 (78): 5-24.

———. 2014. « La carrière politique de la dopamine »,. *Revue française de science politique* 64 (1): 5-28.

———. 2015. « La (les) trajectoire(s) du changement ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 205 (janvier): 42-57.

Foucault, Michel. 1954. *Maladie mentale et personnalité*. Paris, France: Presses universitaires de France.

———. 1961. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon.

———. 1963. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 1975. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

———. 1976a. *Généalogie des équipements de normalisation. Les équipements sanitaires*. Fontenay-sous-Bois: Centre d'Etudes, de Recherches et de Formation Innstitutionnelles.

———. 1976b. *Les Machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*. Paris, France: Dossiers et documents d'architecture, Institut de l'environnement.

———. 1988a. « Histoire de la médicalisation ». *Hermes, La Revue* n° 2 (2): 11-29.

———. 1988b. « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne ». *Hermes, La Revue* n° 2 (2): 30-40.

———. 1997. *Il faut défendre la société*. Édité par François Ewald, Mauro Bertani, Alessandro Fontana, et Association pour le Centre Michel Foucault. Paris, France: Gallimard : Seuil, DL 1997.

———. 1999. *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*. Édité par François Ewald, Alessandro Fontana, Valerio Marchetti, et Antonella Salomoni. Paris, France: Le Seuil : Gallimard, DL 1999.

———. 2001. *Dits et écrits, 1954-1988. II, 1976-1988*. Paris: Gallimard.

———. 2004a. *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris: EHESS, Gallimard, Seuil.

———. 2004b. *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: EHESS, Gallimard, Seuil.

Frauenfelder, Arnaud, Éva Nada, et Géraldine Bugnon. 2015. « Division morale du travail et recompositions du sens de l'enfermement en Centre éducatif fermé ». *Deviance et Societe* Vol. 39 (4): 477-500.

Freidson, Eliot. 1960. « Client Control and Medical Practice ». *American Journal of Sociology* 65 (4): 374-82.

———. 1970a. *Profession of medecine a study of the sociology of applied knowledge*. New York, États-Unis: Harper & Row.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 1970b. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead and C°.

———. 1970c. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York, États-Unis d'Amérique: Adline.

———. 1976. « The Division of Labor as Social Interaction ». *Social Problems* 23 (3): 304-13.

———. 1984. « The Changing Nature of Professional Control ». *Annual Review of Sociology* 10: 1-20.

Fretel, Anne. 2007. « L'association comme réponse à la question sociale du XIXe au XXe siècle : » *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 2 (juin).

Friedmann, Georges, et Pierre Naville. 1961. *Traité de sociologie du travail*. 2 vol. Paris: Armand Colin.

Furtos, Jean. 2008. *Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

———. 2009. *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris: Éditions Rue d'Ulm.

———. 2011. « La précarité et ses effets sur la santé mentale ». *Le Carnet PSY* n° 156 (7): 29-34.

———. 2015. « Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale ». *Empan* n° 98 (2): 55-59.

Gabarro, Céline. 2018. « L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion ». *Migrations Société* N° 171 (1): 93-104.

Gaboriau, Patrick. 1993. *Clochard : l'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*. Paris: Julliard.

———. 1999. « Alexandre Vexliard, Le clochard ». *L'Homme* 39 (149): 235-37.

Gaboriau, Patrick, et Daniel Terrolle, éd. 2003. *Ethnologie des sans-logis: étude d'une forme de domination sociale*. L'Harmattan. Paris.

Gadéa, Charles. 2013. « Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels ». In *Les professions intermédiaires. Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise*, 101-20. Paris: Armand Colin.

Gaglio, Gérald, et Alexandre Mathieu-Fritz. 2018. « Les pratiques médicales et soignantes à distance ». *Reseaux* n° 207 (1): 9-24.

Gaïti, Brigitte. 2014. « L'érosion discrète de l'État-providence dans la France des années 1960 ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 201-202 (mai): 58-71.

Gajac, Olivier. 2014. « La gouvernance de l'exclusion en France : analyse de trois modèles de gestion associative ». *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 50.

Gardella, Édouard. 2014a. « L'urgence sociale comme chronopolitique. Temporalités et justice sociale de l'assistance aux personnes sans-abri en France depuis les années 1980 ». Thèse pour le doctorat de Science politique, Paris: EHESS.

———. 2014b. « Secourir les sans-abri en détresse. La norme d'inconditionnalité dans l'urgence sociale ». In *Vulnérabilités sanitaires et sociales : de l'histoire à la sociologie*, 233-57. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2014c. « L'urgence comme chronopolitique ». *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, n° 19 (juin).

———. 2016a. « Accompagner sans fin ». *SociologieS*.

———. 2016b. « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale ». *Sociologie* 7 (3): 243-60.

———. 2017. « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale ». *Sociologie du travail* 59 (3).

———. 2019. « Comprendre le refus de l'hébergement d'urgence par les sans-abri ». *Métropolitiques.eu*, avril.

Gardella, Édouard, et Amandine Arnaud. 2018. « Le sans-abrisme comme épreuves d'habiter. Caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergements sociaux ». Paris: ONPES-OSSP.

Gardella, Édouard, Anne Laporte, et Erwan Le Méner. 2008. « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri ». *Sciences sociales et santé* 26 (3): 35-46.

Gardella, Édouard, et Erwan Le Méner. 2005. « Les SDF victimes du "nettoyage" des espaces publics ? » In *C'est notre ville ! De l'appropriation et du détournement de l'espace public*, 71-81. Paris: L'Harmattan.

Garnot, Nicolas Sainte Fare. 1984. « L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? » *Histoire, économie et société* 3 (4): 535-42.

Garnoussi, Nadia. 2007. « De nouvelles propositions de sens pratiques dans le domaine de l'existentiel: étude sociologique de la "nébuleuse psycho-philo-spirituelle" ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: École pratique des hautes études (Paris). Section des sciences religieuses.

———. 2011. « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale ». *Sociologie* Vol. 2 (3): 259-75.

Gaspar, Jean-François. 2012. *Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*. Paris: La Découverte.

Geeraert, Jeremy. 2017. « La question sociale en santé. L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marges du système de santé en France à l'aube du XXIe siècle ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Paris: Université Paris 13.

Gelly, Maud. 2018. « Le classement des publics aux guichets de la santé : raisons pratiques et travail discrétionnaire ». *Sociologie du travail* 60 (Vol. 60-n° 1).

Gelly, Maud, et Laure Pitti. 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins ». *Agone*, n° 58 (juin): 7-18.

Geremek, Bronisław. 1987. *La potence ou la pitié: l'Europe et les pauvres, du Moyen âge à nos jours*. Paris: Gallimard.

———. 1997. *Les fils de Caïn: l'image des pauvres et des vagabonds dans la littérature européenne du XVe au XVIIe siècle*. Paris: Flammarion.

Gérome, Clément. 2015a. « Les entrepreneurs sociaux à l'assaut du monde associatif ». *Mouvements*, n° 81 (février): 51-59.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2015b. « Le travail social à l'épreuve du marché : l'émergence des entreprises intermédiaires à la fin des années 1970 ». *Pensée plurielle*, n° 40 (décembre): 143-53.

———. 2017. « Les experts de l'insertion.Sociologie des fédérations de l'insertion par l'activité économique ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Paris: Université Paris-Est.

Gilbert, Pierre. 2016. « Troubles à l'ordre privé ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 215 (5): 102-21.

Gilson, Martha. 2011. « Une minorité en action : la charité protestante en France, XIXe- XXe siècles, Abstract ». *Le Mouvement Social*, n° 234 (mars): 63-82.

Ginebre, Guillaume, Claire Lot, et Ben Rickey. 2017. « Le logement d'abord, et après. Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France ». Paris: Ansa - Action Tank Entreprise et Pauvreté - Fondation Caritas France.

Girard, Vincent, Pascale Estecahandy, et Pierre Chauvin. 2010. « La santé des personnes sans-chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. » Paris: Ministère de la santé et des sports.

Girola, Claudia M. 1996. « Rencontrer des personnes sans-abri. Une anthropologie réflexive ». *Politix* 9 (34): 87-98.

Glaser, Barney G., et Anselm L. Strauss. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub. Co.

Goffman, Erving. 1951. « Symbols of Class Status ». *The British Journal of Sociology* 2 (4): 294-304.

———. 1956. « The Nature of Deference and Demeanor ». *American Anthropologist* 58 (3): 473-502.

———. 1961. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.

———. 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

———. 1968. *Erving Goffman. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autre reclus [Asylums]. Traduction de Liliane et Claude Lainé. Présentation, index et notes de Robert Castel*. Traduit par Claude Lainé et Liliane Lainé. Paris: Éditions de Minuit.

———. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. 2 vol. Paris: Éditions de Minuit.

———. 1974. *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Cambridge: Harvard University Press.

———. 1977. « La ritualisation de la féminité ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 14 (1): 34-50.

———. 2002. « La "distance au rôle" en salle d'opération ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 143 (1): 80-87.

Gomel, Bernard, et Dominique Méda. 2014. « Le RSA, innovation ou réforme technocratique ? » *Revue Francaise de Socio-Economie* n° 13 (1): 129-49.

Gomel, Bernard, Dominique Méda, et Évelyne Serverin. 2017. *RMI, RSA : projets politiques et performances sociales*. La Découverte.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Goode, William J. 1957. « Community Within a Community: The Professions ». *American Sociological Review* 22 (2): 194-200.

Gowan, Teresa. 2001. « The Homeless Recyclers of San Francisco ». *Berkeley Journal of Sociology* 45: 105-13.

———. 2010. *Hobos, hustlers, and backsliders: homeless in San Francisco*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Gozlan, Clémentine. 2016. « Les sciences humaines et sociales face aux standards d'évaluation de la qualité académique ». *Sociologie*, nº N°3, vol. 7 (septembre).

Grand, David. 2013. « Aux bords du chez soi. Etude ethnographique des conditions de l'habiter précaire des hébergés ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Saint-Étienne: Centre Max Weber.

———. 2015. « Être chez soi en hébergement ? Les paradoxes de l'hébergement pour les personnes sans-domicile ». *VST - Vie sociale et traitements*, nº 128: 67-72.

Grard, Julien. 2011. « Frontières invisibles: l'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Paris: EHESS.

Grossetti, Michel. 2009. « Imprévisibilités et irréversibilités : les composantes des bifurcations ». In *Bifurcations*, 147-59. Paris: La Découverte.

Groupement pour la recherche sur les mouvements familiaux. 1992. *La bataille des squatters et l'invention du droit au logement: 1945-1955*. Édité par Bruno Duriez et Michel Chauvière. Villeneuve-d'Ascq: GRMF.

Guenther, Katja. 2009. « The politics of names: rethinking the methodological and ethical significance of naming people, organizations, and places ». *Qualitative research* 8 (4): 411-21.

Guesdon, Isabelle, et Jean-Luc Roelandt. 1998. « L'enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans-domicile fixe ». *L'information psychiatrique* 74 (4): 343-57.

Gueslin, André. 2013. *D'ailleurs et de nulle part: mendiants vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Age*. Paris: Fayard.

Gueslin, André, et Henri-Jacques Stiker. 2003. *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIXe siècle*. Paris: Éditions ouvrières.

Guillaumin, Colette. 1972. *L'idéologie raciste: genèse et langage actuel*. Paris.

Gusfield, Joseph R. 1981. *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago: University of Chicago Press.

———. 1989. « Constructing the Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State ». *Social Problems* 36 (5): 431-41.

Gutton, Jean-Pierre. 1974. *La société et les pauvres en Europe (XVIe-XVIIIe siècles)*. Vendôme: Presses Universitaires de France.

Hacking, Ian. 2002. *Les fous voyageurs*. Paris: Seuil : Les empêcheurs de penser en rond.

Hajjat, Abdellali. 2014. « La Marche pour l'égalité et contre le racisme ». In *Histoire des mouvements sociaux en France. De 1814 à nos jours*, 671-80. Paris: La Découverte.

Halpern, Charlotte, Pierre Lascoumes, et Patrick Le Galès. 2014. *L'instrumentation de l'action publique: controverses, résistances, effets*. Paris: Presses de Sciences Po.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Halpern, Sydney A. 1990. « Medicalization as Professional Process: Postwar Trends in Pediatrics ». *Journal of Health and Social Behavior* 31 (1): 28-42.

———. 1992. « Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries ». *American Journal of Sociology* 97 (4): 994-1021.

Hardy-Dubernet, Anne-Chantal. 2000. « Faire (quelle) médecine? A propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales ». In *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, 87-96. Rennes: Editions de l'Ecole nationale de santé publique.

———. 2003. « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence ». In *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, 75-88. Rennes: Editions de l'Ecole nationale de santé publique.

———. 2009. « A propos d'une minute décisive: le choix d'une spécialité médicale ». *Journal d'économie médicale* 27 (4): 174-90.

Hassenteufel, Patrick. 1997. *Les médecins face à l'État: une comparaison européenne*. Paris: Presses de Sciences Po.

———. 2010. « La difficile affirmation d'un syndicalisme sépcifique aux généralistes ». In *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, 403-18. Rennes: Presses de l'EHESP.

Hassenteufel, Patrick, Myriam Bachir, Virginie Bussat, William Genieys, Claude Martin, et Marina Serré. 1999. « L'émergence d'une "élite du welfare"? : sociologie des sommets de l'état en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981-1987) ». Rennes: Institut d'études politiques de Rennes/Université Rennes 1.

Hassin, Jacques. 1992. « Problèmes éthiques médico-sociaux posés par les populations sans toit stable ». Mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique, Paris: Université René Descartes (Paris V).

———. 1996. « L'émergence de l'abord médico-social des populations sans-toit stable. Aspect historique, médical, socioanthropologique, politique et éthique ». Thèse pour le doctorat d'Ethique, mention éthique médicale, Paris: Université Paris Descartes.

Hatzfeld, Henri. 1989. *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940: essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.

Havard Duclos, Bénédicte, et Sandrine Nicourd. 2005. *Pourquoi s'engager ? Bénévoles et militants dans les associations de solidarité*. Paris: Payot.

Hayat, Samuel. 2014. *Quand la République était révolutionnaire: citoyenneté et représentation en 1848*. Paris: Seuil.

Hayem, Judith. 2018. « La destruction des droits des étrangers en France au risque de la destruction des droits pour tous ». *L'Homme la Société* n° 206 (1): 9-19.

Hazzard, John W. 1998. « Marching on the Margins : An Analysis of the Salvation Army in the United States ». *Review of Religious Research* 40 (2): 121-41.

HCLPD. 1995. « Droit au logement : du devoir de solidarité à l'obligation de résultat ». 3. Paris: Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

———. 2002. « Vers un droit au logement opposable ». 8. Paris: Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2003. « Droit au logement: construire la responsabilité ». Paris: Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

———. 2004. « L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personnes en danger ». 10. Paris: Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

———. 2009. « Hébergement des personnes en difficulté : sortir de la gestion de crise. » 15. Paris: Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

———. 2018. « 5 conditions nécessaires à la mise en oeuvre du "logement d'abord" ». 20. Paris: Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

Hély, Matthieu. 2008a. « L'économie sociale et solidaire n'existe pas ». *La Vie des Idées*.

———. 2008b. « À travail égal, salaire inégal : ce que travailler dans le secteur associatif veut dire ». *Societes contemporaines* n° 69 (1): 125-47.

———. 2009. *Les métamorphoses du monde associatif*. Paris: Presses universitaires de France.

Hély, Matthieu, Yves Lochard, Arnaud Trenta, et Nadège Vezinat. 2011. « Quelle professionnalisation pour le monde associatif ? » *La Vie des Idées*, novembre.

Hély, Matthieu, et Pascale Moulévrier. 2009. « "Economie sociale et solidaire": quand les sciences sociales enchantent le travail ». *Idées économiques et sociales*, nº 158: 30-41.

Hély, Matthieu, et Maud Simonet. 2013. *Le travail associatif*. Nanterre: Presses Universitaires de Paris Ouest.

Hénaut, Léonie. 2016. « À l'origine de la dynamique des professions. Interdépendance ou interactions ? » In *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago. Volume 2*, 260-79. Paris: Éditions de l'EHESS.

Hénaut, Léonie, et Frédéric Poulard. 2018a. « Réformes publiques et autonomie des groupes professionnels : le jeu des segments ». *Revue francaise de sociologie* Vol. 59 (2): 259-84.

———. 2018b. « Faire groupe au sein d'un groupe : la structuration des segments professionnels . Le cas des conservateurs de musées en France ». *SociologieS*, novembre.

Henckes, Nicolas. 2007. « Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Paris: École des hautes études en sciences sociales.

———. 2018. « Les deux désinstitutionalisations. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la Seconde Guerre mondiale ». In *Santé mentale & souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, 143-60. Paris: CNRS Editions.

Henri-Panabière, Gaële, Martine Court, Julien Bertrand, Géraldine Bois, et Olivier Vanhée. 2019. « La montre et le martinet ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 226-227 (1): 16-30.

Henry, Emmanuel, Claude Gilbert, Jean-Noël Jouzel, et Pascal Marichalar, éd. 2015. *Dictionnaire critique de l'expertise: santé, travail, environnement*. Paris: Presses de Sciences Po.

Henry, Patrick. 1998. *Bouche de chaleur*. Paris, France: Anne Carrière.

Henry, Patrick, et Marie-Pierre Borde. 1997. *La vie pour rien*. Paris: Robert Laffont.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Henry, Stéphane. 2012. « Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938) ». *Recherche en soins infirmiers* N° 109 (2): 44-56.

Henslin, James. 1993. *Homelessness. An Annoted Bibliography*. London: Routledge.

Herzlich, Claudine, et Janine Pierret. 1984. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.

Hibou, Béatrice. 2013. « La bureaucratisation néolibérale, ou la domination et le redéploiement de l'État dans le monde contemporain ». In *La bureaucratisation néolibérale*. Paris: La Découverte.

Hmed, Choukri. 2008. « L'encadrement des étrangers « isolés » par le logement social (1950-1980) ». *Genèses* n° 72 (3): 63-81.

Hopper, Kim. 1988. « More than Passing Strange: Homelessness and Mental Illness in New York City ». *American Ethnologist* 15 (1): 155-67.

———. 1998. « Du droit à l'hébergement au droit au logement. Quinze ans de mobilisation en faveur des sans-domicile aux États-Unis ». *Sociétés Contemporaines* 30 (1): 67-93.

———. 2003. *Reckoning with homelessness*. Itaca (N.Y.): Cornell University Press.

Hopper, Kim, Ezra Susser, et Sarah Conover. 1985. « Economies of Makeshift: Deindustrialization and Homelessness In New York Ctiy ». *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development* 14 (1/3): 183-236.

Houard, Noémie. 2008. « Logement social, droit au logement, et mixité: de la mise sur agenda aux pratiques locales ». Thèse pour le doctorat de Science politique, Paris: Sciences Po Paris.

———. 2012a. « La genèse du droit au logement opposable ». *Politiques sociales et familiales* 107 (1): 41-52.

———. 2012b. « Construction et mise à l'agenda du droit au logement opposable (Dalo) : le rôle des associations ». *Informations sociales* n° 172 (4): 64-73.

Hughes, Everett C. 1942. « The Study of Institutions ». *Social Forces* 20 (3): 307-10.

———. 1958. *Men and their work*. Glencoe: Free Press.

———. 1962. « Good People and Dirty Work ». *Social Problems* 10 (1): 3-11.

———. 1976. « The social drama of work ». *Mid-American Review of Sociology* 1 (1): 1-7.

Hurtubise, Roch, et Shirley Roy, éd. 2007. *L'itinérance en questions*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Ihaddadene, Florence. 2015. « De l'instruction militaire à l'éducation populaire, que reste-t-il de l'objection de conscience dans le service civique ? » *Mouvements* n° 81 (1): 107-15.

Imbaud, Dorothée, et Marine Jeantet. 2012. « Bilan de la mise en oeuvre des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ». RM2012-019P. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.

Imbault-Huart, Marie-José. 1996. « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions ». In *La société, l'hôpital et les pauvres*, Musée de l'AP-HP/Doin, 53-86.

———. 1998. « Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique ». In *Précarité et santé*, Flammarion, 75-83. Médecine Sciences. Paris: Jean Lebas et Pierre Chauvin.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Ion, Jacques. 2005. *Le travail social en débat*. Paris: La Découverte.

Ion, Jacques, et Jean-Paul Tricart. 1985. « Une entité professionnelle problématique : les travailleurs sociaux ». *Sociologie du travail* 27 (2): 137-53.

Iori, Ruggero. 2018a. « À l'école du travail social. Une sociologie comparée des formations d'assistantes sociales en France et en Italie ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: Université Paris-Saclay.

———. 2018b. « À la recherche de la profession perdue ? » *Savoir/Agir* N° 43 (1): 23-30.

———. 2019. « L'individu d'abord ? » *Revue d'anthropologie des connaissances* Vol. 13, N°1 (1): 253-77.

Iori, Ruggero, et Sandrine Nicourd. 2014. « La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale ». *Vie sociale* n° 8 (4): 101-12.

Izambert, Caroline. 2014a. « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 6 (1): 199-215.

———. 2014b. « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? » *La Vie des Idées*, novembre.

———. 2018. « "Soigner les étrangers". L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours ». Thèse pour le doctorat d'Histoire, Paris: EHESS.

Jaeger, Marcel. 1994. « L'infirmier en santé mentale ». In *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 261-81. Paris: Anthropos.

———. 2011. « L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social ». *Actualité et dossier en santé publique*, nº 74 (mars): 46-48.

———. 2014. *Guide du secteur social et médico-social*. Paris: Dunod.

Jaeger, Marcel, et Jean-François Bauduret. 2012. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris: Dunod.

Jaisson, Marie. 2002a. « L'honneur perdu du généraliste ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 143 (3): 31-35.

———. 2002b. « La mort aurait-elle mauvais genre ? » *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 143 (3): 44-52.

Jamoulle, Pascale. 2000. *Drogues de rue: récits et styles de vie*. Bruxelles: De Boeck.

Jeannot, Gilles. 2011. *Les métiers flous: travail et action publique*. Toulouse: Octarès éditions.

Jobert, Bruno. 1981. *Le social en plan*. Paris: Les Éditions ouvrières.

Joly, Marc. 2017. *La révolution sociologique: de la naissance d'un régime de pensée scientifique à la crise de la philosophie, XIXe-XXe siècle*. Paris: La Découverte.

Joseph, Isaac. 2005. « Aspects cosmopolitiques de l'errance urbaine : l'ethnographie des SDF ». *Tumultes* n° 24 (1): 111-43.

Joubert, Michel. 2004. *Santé mentale, ville et violences*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

Joubert, Michel, Pilar Giraux-Arcella, et Chantal Mougin. 2005. *Villes et « toxicomanies »: quelles préventions ?* Ramonville Saint-Agne: Erès.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Jouenne, Noël, Carole Amistani, et Gilles Teissonnières. 1993. *Errances urbaines: recherche en ethnologie urbaine*. Édité par Daniel Terrolle. Les Martres-de-Veyre: Association Passages.

Jounin, Nicolas. 2004. « L'ethnicisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnique en milieu de travail ». *Revue européenne des migrations internationales* 20 (3): 103-26.

———. 2008. *Chantier interdit au public: enquête parmi les travailleurs du bâtiment*. Paris: La Découverte.

Jouve, Élodie. 2008. « Les SDF face aux procédures d'assistance : l'apprentissage de la maîtrise de soi ». Thèse pour le doctorat d'Ethnologie, Montpellier: Université de Montpellier 3.

Jouve, Élodie, et Pascale Pichon. 2015. « Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire ». *Les Annales de la Recherche Urbaine,* nº 110: 46-55.

Jouvenet, Morgan. 2017. « Contextes et temporalités dans la sociologie processuelle d'Andrew Abbott ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 71e année (3): 597-630.

Juston, Romain. 2016. « Comment une tâche de sang devient-elle une preuve? Ingrédients et recettes des preuves médico-légales ». *Droit et société* 93 (2): 395-416.

———. 2017a. « Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale ». *Déviance et Société* 42 (3): 387-413.

———. 2017b. « Déplier le dispositif. La mobilité du chercheur comme ressource pour l'étude de l'expertise médico-légale ». *SociologieS*, novembre.

———. 2018. « Devenir expert, rester médecin ? Les effets de la spécialité médicale sur l'exercice de la médecine légale. » *Sociologie du travail* 60 (Vol. 60-n° 3).

Juven, Pierre-André. 2016. *Une santé qui compte ?: les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*. Paris: Presses universitaires de France.

———. 2017. « Gouverner avec tact et mesure. L'ajustement des budgets hospitaliers à la marge (1983-2003) ». *Sociologie du travail* 59 (Vol. 59-n° 2).

Katz, Lucia. 2015. *L'avènement du sans-abri: histoire des asiles de nuit, 1871-1914*. Paris: Libertalia.

Kergoat, Danièle, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré, et Danièle Sénotier. 1992. *Les infirmières et leur coordination*. Boulogne: Lamarre.

Kitts, Antony. 2008. « Mendicité, vagabondage et contrôle social du moyen âge au XIXe siècle : état des recherches ». *Revue d'histoire de la protection sociale* N° 1 (1): 37-56.

Kokoreff, Michel, Anne Coppel, et Michel Peraldi. 2018. *La catastrophe invisible: histoire sociale de l'héroïne, France, années 1950-2000*. Paris: Éditions Amsterdam.

Kouchner, Bernard. 1998. « Préface ». In *Précarité et santé*, XIII-XVI. Paris: Flammarion.

Kovess, Viviane, Sabine Gysens, et Pierre-François Chanoit. 1994. « La santé mentale en Ile-de-France, INSEE ». *Regards sur l'Ile-de-France* 23: 11-14.

Kovess, Viviane, Sabine Gysens, Robert Poinsart, et Pierre-François Chanoit. 1995. « La psychiatrie face aux problèmes sociaux: la prise en charge des RMistes à Paris ». *L'information psychiatrique* 3: 273-85.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Kovess, Viviane, et Caroline Mangin-Lazarus. 1997. « La santé mentale des sans-abri à Paris. Résultats d'une enquête épidémiologique ». *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 9 (juin).

Laberge, D. 1988. « D'une forme instituée à une autre : considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation ». *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, nº 19: 33-40.

Laberge, Danielle, et Shirley Roy. 2001. « Pour être, il faut être quelque part :la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public ». *Sociologie et sociétés* 33 (2): 115-31.

Lachenal, Guillaume, Céline Lefève, et Vinh-Kim Nguyen. 2014. « Le triage en médecine, une routine d'exception ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 6 (1): 1-25.

Laé, Jean-François, et Numa Murard. 1985. *L'argent des pauvres: la vie quotidienne en cité de transit*. Paris: Éditions du Seuil.

Lafarge, Géraud. 1997. « Presse et « exclusion » : l'émergence d'une nouvelle catégorie journalistique ». *Sociétés & Représentations* N° 5 (2): 157-72.

———. 2002. « La double construction de la sociologie de l'exclusion ». *Regards sociologiques*, nº 23: 59-74.

Lafore, Robert. 2004. « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence » ». *Revue française des affaires sociales* n° 4 (4): 17-34.

———. 2011. « Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale ». *Informations sociales*, nº 162: 64-71.

———. 2013. « Où en est-on du « département-providence ? » ». *Informations sociales* n° 179 (5): 12-27.

———. 2016. « Action sociale et service public ». *Vie sociale*, nº 14 (juin): 65-82.

Lahire, Bernard. 2016. *Pour la sociologie: et pour en finir avec une prétendue « culture de l'excuse »*. Paris: La Découverte.

Laillier, Joël, et Christian Topalov. 2017. « Qui organise l'évaluation dans les sciences humaines et sociales en France ?. Une approche par les profils de carrière ». *Sociologie*, nº N° 2, vol. 8.

Lancial, Nathalie. 2011. « Les usagers récréatifs cachés de cocaïne: analyse des pratiques dans le Nord de la France ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Villeneuve d'Ascq, France: Université Lille 1 - Sciences et technologies.

Lanzarini, Corinne. 2000. *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris: Presses universitaires de France.

———. 2003. « Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale ». *Cahiers du Genre* n° 35 (2): 95-115.

Lanzaro, Marie. 2013. « Favoriser les sorties de l'hébergement vers le logement. De l'injonction politique aux pratiques de relogement en Île-de-France ». *Politiques sociales et familiales* 114 (1): 39-49.

———. 2014. « Sortir de l'hébergement d'insertion vers un logement social en Ile-de-France: des trajectoires de relogement, entre émancipation et contraintes ». Thèse pour le doctorat d'Aménagement de l'espace et d'Urbanisme, Champs-sur-Marne: Lab'Urba.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2016. « L'accès au logement des personnes hébergées : du droit à la sécurisation des parcours ». *Métropolitiques.eu*.

Laporte, Anne, et Pierre Chauvin. 2010a. « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ». Paris: Observatoire du Samusocial - Inserm.

———. 2010b. « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ». Paris: Observatoire du Samu social de Paris - Inserm.

Laporte, Anne, Erwan Le Méner, Nicolas Oppenchaim, Dolores Pourette, et Sandrine Carpentier. 2007. « Survivre ou faire l'amour? La pluralité des expériences affectives et sexuelles de personnes sans-domicile-fixe ». Paris: INPES-OSP.

Laporte, Anne, Anny Rouvel-Tallec, Etienne Grosdidier, Sandrine Carpentier, Chantal Benoît, Daniel Gérard, et Xavier Emmanuelli. 2006. « Epilepsy among the Homeless: Prevalence and Characteristics ». *The European Journal of Public Health* 16 (5): 484-86.

Larminat, Xavier de. 2014. *Hors des murs: l'exécution des peines en milieu ouvert*. Paris: PUF.

Larson, Magali Sarfatti. 1977. *The Rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.

Lascoumes, Pierre. 1977. *Prévention et contrôle social: les contradictions du travail social*. Genève: Médecine et hygiène.

———. 2004. « La Gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir ». *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14.

Laurens, Sylvain, et Delphine Serre. 2016. « Des agents de l'État interchangeables ? » *Politix* n° 115 (3): 155-77.

Laval, Christian. 2003. « Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique: l'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Lyon: Université Lumière.

Lazarus, Antoine, et Hélène Strohl. 1995. « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher ». Paris: DIV-DIRMI.

Le Bianic, Thomas. 2005. « Les "ingénieurs des âmes": savoirs académiques, professionnalisation et pratiques des psychologues du travail de l'entre deux guerres à nos jours ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Aix-en-Provence: Université d'Aix-Marseille II.

———. 2013. « Une profession balkanisée : les psychologues face à l'État en France (1945-1985), A 'Balkanized' Profession: French Psychologists and the State (1945-1985) ». *Politix*, n° 102 (octobre): 175-207.

Le Breton, David. 2002. *Conduites à risque: des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris, France: PUF.

Le Crom, Jean-Pierre, et Jean-Noël Retière. 2003. « Nourrir les pauvres : assister et/ou entreprendre ? » In , 67-83. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Le Floch, Marie-Christine. 2008. « Une relecture du sale boulot. Entre une division morale et une division sociale du travail éducatif ». *Pensee plurielle* n° 18 (2): 31-48.

Le Méner, Erwan. 2011. « Evaluer des demandes, ou la justesse comme travail invisible. Le cas du 115 de Paris ». *Ethnographiques.org*, n° 23 (décembre).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2013. « Quel toit pour les familles à la rue ? L'hébergement d'urgence en hôtel social ». *Métropolitiques.eu*, juin.

———. 2016. « Au nom du fils. Ethnocomptabilité d'une famille de sans-papiers hébergée en hôtel social ». *Revue des politiques sociales et familiales* 123 (1): 41-55.

Le Moigne, Philippe. 2010. « Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis ». *Sciences Sociales et Santé* 28 (1): 81-108.

Le Naour, Gwenola. 2010. *Drogues, sida et action publique: une très discrète politique de réduction des risques*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Le Naour, Gwenola, Chloé Hamant, et Nadine Chamard-Coquaz. 2014. *Faire accepter les lieux de réduction des risques: un enjeu quotidien*. Lyon: DGS : CERPE.

Lebas, Jacques, et Pierre Chauvin. 1998. *Précarité et santé*. Paris: Flammarion.

Leclerc-Olive, Michèle. 2009. « Enquêtes biographiques entre bifurcations et événements. Quelques réflexions épistémologiques ». In *Bifurcations*, 329-46. Paris: La Découverte.

Lenoir, Rémi. 1979. « L'invention du "troisième âge": constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 26 (1): 57-82.

———. 1997. « La notion de contrôle social ». *Sociétés & Représentations* N° 5 (2): 295-310.

———. 2005. « Contrôle (du) social ». *Informations sociales* n° 126 (6): 6-15.

Lenoir, René. 1974. *Les exclus: un Français sur dix*. Paris, France: Seuil, DL 1974.

Léonard, Jacques. 1981. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs: histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*. Paris: Aubier Montaigne.

Lépinard, Eléonore. 2000. « Un travail à-côté: le rôle des soignants dans la division du travail sentimental ». In *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, 37-46. Rennes: Editions de l'Ecole nationale de santé publique.

Levinson, David. 2004. *Encyclopedia of Homelessness*. Thousand Oaks: Sage.

Lévy, Julien. 2018. « Rester dans la rue plutôt qu'aller en centre d'urgence : comprendre le choix des sans-abri ». *The Conversation*, 30 janvier 2018.

Lévy-Vroelant, Claire, éd. 2000. *Logements de passage: formes, normes, expériences*. Paris, France.

Lhuilier, Dominique. 2005. « Le « sale boulot » ». *Travailler* n° 14 (2): 73-98.

Liebow, Elliott. 1967. *Tally's corner: a study of Negro streetcorner men*. Londres: Routledge & K. Paul.

———. 1993. *Tell Them Who I Am. The Lives of Homeless Women*. New York: Simon and Schuster.

Lion, Gaspard. 2014. « En quête de chez-soi. Le bois de Vincennes, un espace habitable? » *Annales de géographie* 3 (697): 956-81.

———. 2015. *Incertaines demeures: enquête sur l'habitat précaire*. Montrouge: Bayard.

———. 2018. « Habiter en camping. Trajectoires de membres des classes populaires dans le logement non ordinaire ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Paris: Université Paris 5.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Lipsky, Michael. 1980. *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. New-York: Russell Sage Foundation.

Lipsky, Michael, et Steven Smith. 1989. « When Social Problems Are Treated as Emergencies ». *Social Service Review* 63 (1): 5-25.

Lizé, Wenceslas. 2010. « Le goût jazzistique en son champ ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 181-182 (1): 60-87.

Lizé, Wenceslas, et Olivier Roueff. 2010. « La fabrique des goûts ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 181-182 (1): 4-11.

Loison-Leruste, Marie. 2014. *Habiter à côté des SDF. Représentations et attitudes face à la pauvreté*. Paris: L'Harmattan.

———. 2015. « Au coeur de l'exlcusion. Enquête auprès des salariés d'Emmaüs ». *Sociologie* 6 (4): 359-76.

———. 2016. « Le droit d'habiter la cité. Les enjeux de la domiciliation des SDF. » *La Vie des Idées*, septembre.

Loison-Leruste, Marie, et Gwenaëlle Perrier. 2019. « Les trajectoires des femmes sans-domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection ». *Deviance et Societe* Vol. 43 (1): 77-110.

Loretti, Aurore. 2017. « Les inégalités sociales face au cancer dans le Nord–Pas-de-Calais: étude du processus de mise en forme des inégalités à travers une analyse comparée des trajectoires de malades atteints du cancer ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Villeneuve-d'Ascq: Université Lille 1 - Sciences et technologies.

Lose, Sébastien. 2018. « Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lille en 2017 ». Lille: Observatoire français des drogues et toxicomanies.

Louail, Olivier. 2013. « Les Enfants de Don Quichotte face au travail de relogement des SDF du canal Saint-Martin : une politisation ambigüe ». In *Le travail associatif*, édité par Matthieu Hély et Maud Simonet, 175-89. Nanterre: Presses universitaires de Paris Nanterre.

Lovell, Anne, et Isabelle Feroni. 1996. « Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille : Esquisse pour une santé publique locale ». *Les Annales de la recherche urbaine* 73 (1): 23-32.

Lyon-Callo, Vincent. 2000. « Medicalizing Homelessness: The Production of Self-Blame and Self-Governing within Homeless Shelters ». *Medical Anthropology Quarterly* 14 (3): 328-45.

———. 2008. *Inequality, poverty, and neoliberal Governance: activist ethnography in the homeless sheltering industry*. Toronto: UTP.

Lyon-Callo, Vincent, et Susan Brin Hyatt. 2003. « The Neoliberal State And The Depoliticization Of Poverty: Activist Anthropology And "Ethnography From Below" ». *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development* 32 (2): 175-204.

Macherey, Pierre. 2014. *Le sujet des normes*. Paris: Éditions Amsterdam.

Malochet, Guillaume. 2004. « À l'école de la détention : quelques aspects de la socialisation professionnelle des surveillants de prison ». *Sociologie du Travail* 46 (2): 168-86.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Mamou, Jacky. 1998. « Entre action humanitaire et solidarité citoyenne : l'exemple de la Mission France de Médecins du Monde ». In *Précarité et santé*, 209-20. Paris: Flammarion.

Mannheim, Karl. 2011. *Le problème des générations*. Paris: Armand Colin.

Marcillat, Audrey, et Marine Maurin. 2018. « Singularisation, différenciation : pratiques de la (non)-mixité dans l'intervention sociale auprès des personnes sans-abri ». *Nouvelles Questions Féministes* Vol. 37 (2): 90-105.

Marichalar, Pascal, et Laure Pitti. 2013. « Réinventer la médecine ouvrière ? »,. *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 196-197 (avril): 114-31.

Mariette, Audrey, et Laure Pitti. 2016. « « Médecin de première ligne dans un quartier populaire » ». *Agone*, nº 58 (juin): 51-72.

Marpsat, Maryse. 2008. « L'enquête de l'Insee sur les sans-domicile : quelques éléments historiques ». *Courrier des statistiques*, nº 123: 53-64.

Marpsat, Maryse, et Jean-Marie Firdion. 1998. « Sans-domicile à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement ». *Sociétés contemporaines* 30 (1): 111-55.

Marpsat, Maryse, Jean-Marie Firdion, et Jean-Marie Delarue. 2000. *La rue et le foyer: une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris: Presses Universitaires de France.

Marques, Ana. 2010. « Construire sa légitimité au quotidien: le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: EHESS.

———. 2013. « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité ». *Le sociographe*, nº 42 (juin): 67-77.

———. 2015. « Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité ». *Sciences sociales et sante* Vol. 33 (3): 91-114.

Marques, Ana, et Livia Velpry. 2013. « L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité ». *L'information psychiatrique* 89 (6): 465-72.

Marquier, Rémy. 2014. « 1,2 millions de travailleurs sociaux en 2011 ». *études et résultats*, nº 893 (septembre): 1-6.

Martin, Jean-Pierre. 2000. *Psychiatrie dans la ville : pratiques et clinique de terrain*. Ramonville Saint-Agne: Erès.

———. 2011. *La rue des précaires: soins psychiques et précarité*. Toulouse: Octarès.

Martin, Pascal. 2011. « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 189 (4): 34-41.

———. 2016. *Les métamorphoses de l'assurance maladie: conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*. Rennes: PUR.

———. 2018. « De l'État social à l'État humanitaire ». *Savoir/Agir* N° 43 (1): 89-96.

Maruani, Margaret, éd. 2013. *Travail et genre dans le monde: l'état des savoirs*. Paris: La Découverte.

———. 2017. *Travail et emploi des femmes*. Paris: La Découverte.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Mathieu, Arline. 1993. « The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression ». *Medical Anthropology Quarterly* 7 (2): 170-84.

Mathieu, Lilian. 2001. *Mobilisations de prostituées*. Paris: Belin.

Mauger, Gérard. 2001. « Les politiques d'insertion ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 136-137 (1): 5-14.

Maurel, Elisabeth. 1996. « L'aide sociale à l'hébergement. Origine et évolution ». In *Hébergement et réadaptation sociale*, 3-20. Dalloz.

Maurin, Marine. 2015. « Prendre place : les femmes sans-abri dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement en France et au Québec ». *Nouvelles Pratiques Sociales* 27 (2): 253-69.

———. 2016. « D'un toit au chez soi. L'exemple d'un dispositif de logement de personnes sansabri à Saint-Etienne ». In *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, 151-66. Saint-Étienne: Presses Universitaires de Saint-Étienne.

———. 2017a. « Femmes sans-abri : vivre la ville la nuit. Représentations et pratiques ». *Les Annales de la Recherche Urbaine* 112 (1): 138-49.

———. 2017b. « Le genre de l'assistance. Ethnographie comparative de l'accueil des femmes sans-abri (Saint-Étienne/Montréal) ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Saint-Etienne: Université Jean Monnet.

Maury, Céline. 2013. « L'humanitaire médical en France: le cas de Médecins du Monde : rôle de l'action associative dans la prise en charge sanitaire des populations précaires ». Thèse pour le doctorat de Science politique, Grenoble: Université de Grenoble.

McAdam, Doug. 1988. *Freedom Summer*. New York: Oxford University Press.

Meca, Pedro. 1997. « « Le soir on ne restait pas chez soi » ». *Sociétés & Représentations* N° 4 (1): 319-23.

Memmi, Dominique. 2018. « Le retour de la 3e classe ? » *La Vie des Idées*.

Memmi, Dominique, et Pascal Arduin. 2007. « L'affichage du corporel comme ruse du faible : les SDF parisiens ». *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 113: 213-32.

Memmi, Dominique, Gilles Raveneau, et Emmanuel Taïeb, éd. 2016. *Le social à l'épreuve du dégoût*. Rennes: PUR.

Mercuel, Alain. 2012. *Souffrance psychique des sans-abri: vivre ou survivre*. Paris: Odile Jacob.

Merton, Robert K. 1945. « Role of the Intellectual in Public Bureaucracy ». *Social Forces* 23 (4): 405-15.

———. 1949. *Social theory and social structure: toward the codification of theory and research*. Glencoe: Free Press.

———. 1988. « The Matthew Effect in Science, II: Cumulative Advantage and the Symbolism of Intellectual Property ». *Isis* 79 (4): 606-23.

———. 1995. « The Thomas Theorem and the Matthew Effect ». *Social Forces* 74 (2): 379-422.

Merton, Robert K., George G. Reader, et Patricia L. Kendall. 1957. *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Michalon, Jérôme. 2015. « Comment donner corps à la personnification des animaux? Les enjeux sociaux du développement du soin par le contact animalier ». *Sens-Dessous* 16 (2): 27-40.

———. 2017. « Les Animal Studies peuvent-elles nous aider à penser l'émergence des épistémès réparatrices? » *Revue d'Atrhopologie des connaissances* 11 (3): 321-49.

Michalot, Thierry, et Arnaud Simeone. 2010. « L'alcoolisation apparente : un critère d'exclusion pour l'admission en C.H.R.S. d'insertion ? » *Pensee plurielle* n° 23 (1): 109-22.

———. 2013. « Formation et évolution des représentations professionnelles. Le cas des critères d'accueil de travailleurs sociaux en CHRS ». *Recherche et formation*, nº 72 (décembre): 133-46.

Milly, Bruno. 2001. *Soigner en prison*. Paris: Presses Universitaires de France.

Mischi, Julian. 2003. « Travail partisan et sociabilités populaires. Observations localisées de la politisation communiste ». *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 16 (63): 91-119.

Mohammed, Marwan, éd. 2012. *Les sorties de délinquance: théories, méthodes, enquêtes*. Paris: La Découverte.

Molinier, Pascale, Sandra Laugier, et Patricia Paperman, éd. 2009. *Qu'est-ce que le care ?: souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot.

Mollat, Michel. 1978. *Les pauvres au Moyen âge: étude sociale*. Paris: Hachette.

Montalban Aroca, Vicent. 2015. « Une juste distribution des places ? Les Services intégrés de l'accueil et de l'orientation ». *Le sociographe*, nº 48 (février): 57-66.

Morel, Stanislas. 2010. « L'échec scolaire en France (1960-2010): sociologie d'un champ d'intervention professionnelle ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, France: EHESS.

———. 2018. « Un prélude à l'échec scolaire ? Controverses sur le cancre et critiques de l'école sous la Troisième République ». *Sociologie* Vol. 9 (2): 113-30.

Morrissette, Joëlle, et Didier Demazière. 2019. « Les approches qualitatives à l'épreuve de la quantification des sciences ». *Recherches qualitatives* 38 (1): 88-104.

Mucchielli, Laurent. 1998. « Clochards et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard ». *Revue française de sociologie* 39 (1): 105-38.

Muel-Dreyfus, Francine. 1975. « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1 (1): 60-74.

———. 1980. « L'initiative privée ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 32 (1): 15-49.

———. 1983. *Le métier d'éducateur: les instituteurs de 1900 : les éducateurs spécialisés de 1968*. Paris, France: les Éditions de Minuit.

———. 1984. « Le fantôme du médecin de famille ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 54 (1): 70-71.

Murard, Lion, et Patrick Zylberman. 1996. *L'hygiène dans la République: la santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*. Paris: Fayard.

Neveu, Erik. 2017. « L'analyse des problèmes publics ». *Idées économiques et sociales*, nº 190 (décembre): 6-19.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Niewiadomski, Christophe, et Pierre Aïach, éd. 2008. *Lutter contre les inégalités sociales de santé: politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes: Presses de l'Ecole des Hautes études en santé publique.

Noguès, Henry. 2012. « La course à la taille est-elle inéluctable dans l'économie sociale ? » *RECMA*, nº 326: 24-28.

Noiriel, Gérard. 2006. *Introduction à la socio-histoire*. Paris: La Découverte.

Nonjon, Magali, et Guillaume Marrel. 2015a. « Gouverner par les architectures informatiques ». *Gouvernement et action publique* N° 2 (2): 9-24.

———. 2015b. « Le progiciel socialisé ». *Gouvernement et action publique* N° 2 (2): 129-56.

Nye, Robert A. 2006. « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 ». *Le Mouvement Social* no 214 (1): 19-36.

Ogien, Albert. 1987. « Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie. » *Sciences Sociales et Santé* 5 (2): 61-84.

Ollivier, Carine. 2016. « Niveaux de concurrence et ressorts de la mobilisation. Relire les luttes de juridiction ». In *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago. Volume 2*, 240-59. Paris: Éditions de l'EHESS.

Oppenchaim, Nicolas, Dolores Pourette, Erwan Le Méner, et Anne Laporte. 2010. « Sexualité et relations affectivees des personnes sans-domicile fixe. Entre contraintes sociales et parcours biographiques ». *Sociologie* 1 (3): 375-91.

Orain, Hélène, et Laurent Chambaud. 2008. « L'identification et la prise en charge à Paris des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement. » Paris: Préfecture de Paris.

Paillet, Anne. 2007. *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris: La Dispute.

———. 2009. « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical ». In *Sociologie des groupes professionnels*, 342-51. La Découverte.

Palier, Bruno. 2008. « Du welfare au workfare : les transformations des politiques de lutte contre la pauvreté ». *Regards croisés sur l'économie*, nº 4 (septembre): 162-68.

Paradeise, Catherine. 1980. « Sociabilité et culture de classe ». *Revue française de sociologie* 21 (4): 571-97.

Parel, Véronique. 2016. « Le développement des réseaux de soins dans l'Amérique de Richard Nixon. Les enseignements du Managed Care américain depuis le HMO Act de 1973 ». *Histoire, economie societe* 35e année (3): 125-42.

Parizot, Isabelle. 2003a. *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2003b. *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, France: Presses universitaires de France.

———. 2007. *La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste*. Presses Universitaires de France.

Parkin, Stephen. 2013. *Habitus and drug using environments: health, place and lived-experience*. Farnham: Ashgate.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Parquet, Philippe-Jean. 2003. « Souffrance psychique et exlcusion sociale. Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique Versini, secrétaire d'État à la lutte contre la précarité et l'exlcusion ». Paris: Secrétariat d'État à la lutte contre la Précarité et l'Exclusion auprès du Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité.

Parsons, Talcott. 1951. *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul.

———. 1955. *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris: Plon.

———. 1975. « The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered ». *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 53 (3): 257-78.

Patris, Catherine, et Cyril Roger-Lacan. 1996. « Psychiatrie et grande exclusion ». Paris: Secrétariat d'État à l'action humanitaire d'urgence.

Pattegay, Patrice. 2001. « L'actuelle construction, en france, du problème des jeunes en errance. » *Déviance et Société* 25 (3): 257-77.

Paugam, Serge. 1991. *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. , éd. 1996. *L'exclusion : l'état des savoirs*. Paris: La Découverte.

———. 1997. « L'exclusion ». *Sociétés & Représentations* N° 5 (2): 129-55.

———. 2005. *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.

Paugam, Serge, et Nicolas Duvoux. 2008. *La régulation des pauvres*. Paris: Presses Universitaires de France.

Paulange-Mirovic, Alexandre. 2017. « La sociologie des organisations telle qu'elle (s')est faite. Michel Crozier sur le terrain, 1954-1974 ». *Entreprises et histoire*, n° 84 (janvier): 29-48.

Péchu, Cécile. 2001. « Les générations militantes à droit au logement ». *Revue française de science politique* Vol. 51 (1): 73-103.

———. 2006. *Droit au logement, genèse et sociologie d'une mobilisation*. Paris, France: Dalloz.

Pegon, Guillaume. 2011. « Le traitement clinique de la précarité: collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care : l'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Lyon: Université Lumière.

Pelletier, Denis, et Jean-Louis Schlegel, éd. 2012. *À la gauche du Christ: les chrétiens de gauche en France de 1945 à nos jours*. Paris: Éditions du Seuil.

Peneff, Jean. 1992. *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*. Paris: Métailié.

———. 2000. *Les malades des urgences: une forme de consommation médicale*. Paris: Métailié.

———. 2005. *La France malade de ses médecins*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.

Peretti-Watel, Patrick. 2006. « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide ».

Perrenoud, Marc, et Ivan Sainsaulieu. 2018. « Pour ne pas en finir avec l'identité au travail. Introduction au dossier « Identité au travail, identités professionnelles » ». *SociologieS*, novembre.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Petitat, Adnré. 1994. « La profession infirmière ». In *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 227-60. Paris: Anthropos.

Pette, Mathilde, et Fabien Eloire. 2016. « Pôles d'organisation et engagement dans l'espace de la cause des étrangers ». *Sociétés Contemporaines* N° 101 (1): 5-35.

Philippe, Sandra. 2004. « La mise en œuvre de l'action publique: un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale ». *Revue française de science politique* 54 (2): 315-34.

Pichon, Pascale. 1992. « La manche, une activité routinière. Manières de faire ». *Les Annales de la recherche urbaine* 57 (1): 147-57.

———. 1996. « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance ». *Politix* 9 (34): 164-79.

———. 1998. « Un point sur les premiers travaux sociologiques français à propos des sans-domicile fixes ». *Sociétés contemporaines* 30 (1): 95-109.

———. 2001. *Solidarités du proche: le SAMU à Saint-Étienne*. Paris: Textuel.

———. 2002. « Vivre sans domicile fixe: l'épreuve de l'habitat précaire ». *Communications*, n° 73: 11-29.

———. 2005. « Intervention d'urgence et désocialisation : éléments généalogiques ». In *Travail social et souffrance psychique*, 59-92. Paris: Dunod.

———. 2008. « Construction d'un problème social et émergence de la catégorie SDF en France ». In *Sans-domicile fixe, sans-abri, itinérants. Oser la comparaison*, 43-58. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.

———. , éd. 2009. *SDF, sans-abri, itinérant: oser la comparaison*. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.

———. 2010. *Vivre dans la rue: sociologie des sans domicile fixe*. Saint-Étienne: Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Pichon, Pascale, Claudia Girola, Élodie Jouve, et Centre Max Weber, éd. 2016. *Au temps du sans-abrisme: enquêtes de terrain et problème public*. Saint-Étienne, France: Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Pichon, Pascale, Élodie Jouve, Katia Choppin, et David Grand. 2010. « Sortir de la rue: les conditions de l'accès au "chez-soi" ». Saint-Étienne: Direction génrale des affaires sociales.

Pichon, Pascale, Maryse Marpsat, et Jean-Marie Firdion. 2008. « La genèse de la recherche en France: deux approches complémentaires ». In *Sans-domicile fixe, sans-abri, itinérants. Oser la comparaison*, 99-114. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.

Pichon, Pascale, et Tierry Torche. 2011. *S'en sortir...: accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*. Saint-Etienne: Publications de l'Université de Saint-Etienne.

Picon, Elise, Nadine Sannino, Béatrice Minet, Anne-Cécile Henocq, et Romain Seigneur. 2013. « Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS) ». 1788. Paris: DGCS.

Piel, Eric, et Jean-Luc Roelandt. 2001a. « De la psychiatrie vers la santé mentale ». Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2001b. « De la psychiatrie vers la santé mentale ». Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Pierru, Frédéric. 2007. *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges: Éd. du Croquant.

———. 2012. « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 194 (octobre): 32-51.

———. 2013. « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien ». *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, nº 82 (octobre): 67-82.

Pierru, Frédéric, et Christine Rolland. 2016. « Bringing the Health Care State Back in ». *Revue française de science politique* 66 (3): 483-506.

Pigenet, Michel. 2003. « Modalités d'embauche et pratiques professionnelles. Aux sources des sociabilités militantes dans le syndicalisme docker ». *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 16 (63): 79-90.

Pillon, Jean-Marie. 2015. « Le pointage et le placement? » *Gouvernement et action publique* 2 (2): 81-103.

———. 2016. « Hiérarchiser les tâches, classer les chômeurs ». *Réseaux*, nº 195 (mars): 197-228.

———. 2018. « Itinéraire gestionnaire d'un objectif politique. Les évolutions de la mesure du retour à l'emploi des chômeurs ». *Revue Francaise de Socio-Economie* n° 20 (1): 39-59.

Pimor, Tristana. 2012. « En famille dans la rue: trajectoires de jeunes de la rue et carrières zonardes ». Thèse pour le doctorat de Sciences de l'éducation, Bordeaux: Université de Bordeaux II.

———. 2013. « Auto et exodéfinitions des « zonards » ». *Ethnologie française* 43 (3): 515-24.

Pinell, Patrice. 2004. « La normalisation de la psychiatrie française ». *Regards sociologiques*, nº 29: 3-21.

———. 2005. « Champ médical et processus de spécialisation ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 156-157 (mars): 4-36.

———. 2008. « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? » *Savoir/Agir*, nº 5: 57-63.

———. 2009. « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) ». *Revue française de sociologie* 50 (2): 315-49.

Pinell, Patrice, et Markos Zafiropoulos. 1978. « La médicalisation de l'échec scolaire [De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile] ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 24 (1): 23-49.

Pinte, Etienne, Isabelle Rougier, et Laurent Chambaud. 2008. « Rapport sur l'hébergement d'urgence et l'accès a logement des personnes sans-abri ou mal logées ». Rapport parlementaire. Paris: Chantier national prioritaire pour les personnes sans-abri ou mal-logées.

Plancade, Amandine. 2013. *Vivre dans la rue à Nice: cuisine et récupération alimentaire*. Paris: L'Harmattan.

Pleace, Nicholas. 2013. « Housing First ». Paris: FEANTSA - DIHAL.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Poirier, Mario. 2007. « Santé mentale et itinérance : Analyse d'une controverse ». *Nouvelles pratiques sociales* 19 (2): 76-91.

Poujol, Geneviève. 2005. « Éducation populaire : une histoire française ». *Hermes, La Revue* n° 42 (2): 126-30.

Pouly, Christophe. 2016. « L'européanisation du droit d'asile : 2003-2016 ». *Migrations Société* N° 165 (3): 107-24.

Protais, Caroline. 2016. *Sous l'emprise de la folie ?: l'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)*. Paris: Éditions EHESS.

Prouteau, Lionel, éd. 2003. *Les associations: entre bénévolat et logique d'entreprise*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Prouteau, Lionel, et Viviane Tchernonog. 2017. « Evolutions et transformations des financements publics des associations ». *Revue Française d'Administration Publique* 163 (3): 531-42.

Quérouil, Olivier. 2013. « Être en prise sur les institutions de lutte contre la pauvreté ? » *Chimeres* 79 (1): 202-15.

Quesemand Zucca, Sylvie. 2007. *Je vous salis ma rue: clinique de la désocialisation*. Paris: Stock.

Quijoux, Maxime. 2015. *Bourdieu et le travail*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Rabier, Christelle. 2010. « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire ». *Annales historiques de la Révolution française*, n° 359 (janvier): 141-59.

Rambaud, Elsa. 2015. *Médecins sans frontières. Sociologie d'une institution critique*. Paris: Dalloz.

Rater-Garcette, Christine. 1996. *La professionnalisation du travail social. Action sociale, syndicalisme, formation, 1880-1920*. Paris: L'Harmattan.

Rauly, Amandine. 2013. « Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français ». *Journal de gestion et d'economie medicales* Vol. 31 (7): 473-86.

Ravon, Bertrand, et Jacques Ion. 2012. *Les travailleurs sociaux*. Paris: La Découverte.

Rawls, John. 1971. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.

Renahy, Nicolas. 2005. *Les gars du coin: enquête sur une jeunesse rurale*. Paris: La Découverte.

Renard, Didier. 1987. « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 ». *Politiques et Management Public* 5 (2): 107-28.

———. 1988. « Une définition institutionnelle du lien social : la question du domicile de secours ». *Revue française de science politique* 38 (3): 370-86.

———. 1995. « Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française ». *Genèses. Sciences sociales et histoire* 18 (1): 30-46.

———. 1999. « Assistance et bienfaisance. Le milieu des congrès d'assistance, 1889-1911 ». In *Laboratoires du nouveau siècle: la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, 187-217. Paris: Éditions de l'ÉHESS.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2001. « Logiques politiques et logiques de programme d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République ». *Revue française des affaires sociales*, nº 4: 33-39.

Renault, Emmanuel. 2008. « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme ». *Multitudes* n° 34 (3): 195-205.

Renaut, Marie-Hélène. 1998. « Vagabondage et mendicité : Délits périmés, réalité quotidienne ». *Revue Historique* 299 (2 (606)): 287-322.

Renisio, Yann, et Rémi Sinthon. 2014. « L'analyse des correspondances multiples au service de l'enquête de terrain ». *Genèses* n° 97 (4): 109-25.

Rennes, Juliette, Catherine Achin, Armelle Andro, et Laure Bereni, éd. 2016. *Encyclopédie critique du genre: corps, sexualité, rapports sociaux*. Paris: La Découverte.

Revol, Joseph, et Hélène Strohl. 1987. « Rapport général : groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ». Paris: Ministère des Affaires sociales.

Rhenter, Pauline. 2013. « Vers un chez-soi: L'accompagnement de personnes sans-abri ayant des troubles psychiques ». *Le sociographe* 42 (2): 59.

Robelet, Magali, David Piovesan, Jean-Pierre Claveranne, et Guillaume Jaubert. 2009. « Secteur du handicap : les métamorphoses d'une gestion associative ». *Entreprises et histoire*, nº 56: 85-97.

Robelet, Magali, Marina Serré, et Yann Bourgueil. 2005. « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles ». *Revue française des affaires sociales*, nº 1: 231-60.

Rode, Antoine. 2010. « Le "non-recours" aux soins des populations précaires: constructions et réceptions des normes ». Thèse pour le doctorat de Sociologie, Grenoble: Université de Grenoble.

Rodriguez, Jacques. 1999. « La « révolution » thatchérienne en perspective : l'Angleterre et ses pauvres depuis 1834 ». *Cultures & Conflits*, nº 35.

Roelandt, Jean-Luc. 2002. « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité ». Paris: Ministère de la santé.

———. 2004. « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale ». *Revue francaise des affaires sociales*, nº 1: 205-13.

Rolland, Christine, et Frédéric Pierru. 2013. « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade ». *Santé Publique* 25 (4): 411-19.

Rose, Nikolas. 2007. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton.

Rose, Nikolas, et Peter Miller. 1992. « Political Power beyond the State: Problematics of Government ». *The British Journal of Sociology* 43 (2): 173-205.

Rosen, George. 1974. *From medical police to social medicine: essays on the history of health care*. New York: Science history publications.

Rot, Gwenaële, et Anni Borzeix. 2017. « Michel Crozier et la revue Sociologie du travail ». *Entreprises et histoire*, nº 84 (janvier): 49-76.

Rothé, Céline. 2010. « « Jeunes en errance » ». *Agora debats/jeunesses* N° 54 (1): 87-99.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2016. *Jeunes en errance : relation d'aide et carrières de marginalité*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Roueff, Olivier. 2003. « De la légitimité du jazz ». In *Le(s) public(s) de la culture. Politiques publiques et équipements culturels*, 319-41. Paris: Presses de Sciences Po.

Rougier, Isabelle. 2009. « Développer la fluidité des parcours de l'hébergement au logement ». Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.

Rougier, Isabelle, Pascaline Tardivon, et Cécile Waquet. 2015. « Evaluation du dispositif d'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) ». Inspection générale des affaires sociales.

Roux, Sébastien. 2010. « La transparence du voile. Critique de l'anonymisation comme impératif déontologique ». In *Enquêter : de quel droit ? Menaces sur l'enquête en sciences sociales.*, 139-53. Bellecombe-en-Bauges: Ed. du Croquant.

Rubin, Beth A., et James Wright. 1998. « Les sans-domicile aux États-Unis. Leçons tirées de quinze années de recherche ». *Sociétés contemporaines* 30 (1): 35-66.

Rullac, Stéphane. 2008. *Le péril SDF : assister et punir*. Paris: L'Harmattan.

Sainsaulieu, Renaud, Guy Minguet, et Pierre Bouvier. 1981. « Genèse d'un domaine de recherche et d'action ». *L'Année sociologique (1940/1948-)* 31: 435-46.

Sala Pala, Valérie. 2013. *Discriminations ethniques: les politiques du logement social en France et au Royaume-Uni*. Rennes, France: Presses universitaires de Rennes.

Sarradon-Eck, Aline, et Cyril Farnarier. 2014. « Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une équipe mobile psychiatrie-précarité ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 6 (1): 159-78.

Schlegel, Vianney. 2013. « Errance et toxicomanies à Lille. Contribution à une ethnologie de la rue. » Mémoire de recherche, Lille: Université Lille 1.

———. 2015. « Les usages de drogues dans les marges du travail : le cas de sans-abri lillois ». *Psychotropes* 21 (1): 97-111.

———. 2016. « "Se poser" en ville : pratiques, usages et ancrages de jeunes errants à Lille ». In *Jeunesses de rue. Représentations, pratiques et réactions sociales*, 143-58. Paris: L'Harmattan.

———. 2017. « Pauvres, déviants, malades. Travail d'inférence et catégorisations professionnelles dans la régulation de l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile ». *Terrains & travaux*, nº 30: 185-207.

Schwartz, Olivier. 1990. *Le monde privé des ouvriers: hommes et femmes du Nord*. Paris: Presses universitaires de France.

———. 2011a. « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? » In *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, 335-80. Paris: Armand Colin.

———. 2011b. « Peut-on parler des classes populaires? » *La Vie des Idées*.

Schweyer, François-Xavier. 2005. « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils ». *Sociologies pratiques*, nº 11: 89-104.

———. 2010a. « Démographie de la médecine générale ». In *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, 41-54. Rennes: Presses de l'EHESP.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2010b. « L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé ». In *Singuliers généralistes*, 283-305. Presses de l'EHESP.

Schweyer, François-Xavier, et Nadège Vezinat. 2019. « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux ». *Journal de gestion et d'economie de la sante* N° 1 (1): 3-10.

Scott, James C. 2008. *La domination et les arts de la résistance: fragments du discours subalterne*. Paris: Éditions Amsterdam.

Serre, Delphine. 1998. « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance ». *Sociétés Contemporaines* 31 (1): 107-27.

———. 2001. « La "judiciarisation" en actes [Le signalement d'"enfant en danger"] ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 136 (1): 70-82.

———. 2009. *Les coulisses de l'État social: enquête sur les signalements d'enfant en danger*. Paris: Raisons d'agir.

Serré, Marina. 2002. « De l'économie médicale à l'économie de la santé ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143: 68-79.

Siblot, Yasmine. 2006. *Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartiers populaires*. Paris: Presses de Sciences Po.

Sicot, François. 2006. « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? » *Déviance et Société* 30 (2): 203-32.

Siméant, Johanna. 2001. « Entrer, rester en humanitaire : des fondateurs de MSF aux membres actuels des ONG médicales françaises ». *Revue francaise de science politique* Vol. 51 (1): 47-72.

———. 2009. « Socialisation catholique et biens de salut dans quatre ONG humanitaires françaises, Abstract ». *Le Mouvement Social*, n° 227 (mai): 101-22..

Simmel, Georg. 1990. « Disgressions sur l'étranger ». In *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*. Paris: Aubier.

———. 1998. *Les pauvres*. Paris: Presses Universitaires de France.

Simonet, Maud. 2010. *Le travail bénévole: engagement citoyen ou travail gratuit ?* Paris: La Dispute.

———. 2012. *Le monde associatif : entre travail et engagement*. Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2018. *Travail gratuit: la nouvelle exploitation ?* Paris: Textuel.

Skocpol, Theda. 1993. « Formation de l'État et politiques sociales aux États-Unis ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 96 (1): 21-37.

Snow, David A., et Leon Anderson. 1993. *Down on their luck: a study of homeless street people*. Berkeley: University of California Press.

Snow, David A., Susan G. Baker, et Leon Anderson. 1988. « On the Precariousness of Measuring Insanity in Insane Contexts ». *Social Problems* 35 (2): 192-96.

Snow, David A., Susan G. Baker, Leon Anderson, et Michaei Martin. 1986. « The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless ». *Social Problems* 33 (5): 407-23.

Soulet, Marc-Henry. 2005. « Une solidarité de responsabilisation ? » In *Le travail social en débat(s)*. Paris: La Découverte.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2012. « De l'insertion sociale à la gestion des immobiles. Le travail social en reconfiguration ». In *Changements et pensées du changement : échanges avec Robert Castel*, par Robert Castel et Claude Martin. Paris: La Découverte.

Soulié, Charles. 1997. « Le classement des sans-abri ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 118 (1): 69-80.

Soutrenon, Emmanuel. 2001. « Faites qu'ils (s'en) sortent... À propos du traitement réservé aux sans-abri dans le métro parisien ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 136-137: 38-48.

———. 2005. « Offrons-leur l'asile ! » *Actes de la recherche en sciences sociales* 159 (4): 88-115.

———. 2006. « Le "clochard", un homme "sans"? » *Idées* 3 (143): 18-23.

Spire, Alexis. 2005. *Étrangers à la carte: l'administration de l'immigration en France*. Paris, France: B. Grasset.

———. 2008. *Accueillir ou reconduire: enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris, France: Raisons d'agir, impr. 2008.

Steiner, Philippe. 2010. *La transplantation d'organes: un commerce nouveau entre les êtres humains*. Paris: Gallimard.

Steudler, François. 1973. « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière ». *Revue française de sociologie* 14 (1): 13-40.

———. 1977. « Médecine libérale et conventionnement ». *Sociologie du travail* 19 (2): 176-98.

Strauss, Anselm L. 1985. « Work and the Division of Labor ». *The Sociological Quarterly* 26 (1): 1-19.

———. 1992. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.

Strauss, Anselm Leonard, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek, et Carolyn Wiener. 1985. *Social organization of medical work*. Chicago: The University of Chicago Press.

Szasz, Thomas Stephen. 1961. *The Myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Dell publishing co.

Tanguy, Lucie. 2009. « Retour sur l'histoire de la sociologie du travail en France : place et rôle de l'Institut des sciences sociales du travail ». *Revue française de sociologie* 49 (4): 723-61.

———. 2011. *La sociologie du travail en France: enquête sur le travail des sociologues, 1950-1990*. Paris: La Découverte.

Tchernonog, Viviane. 2012. « Le secteur associatif et son financement ». *Informations sociales* n° 172 (4): 11-18.

Tchernonog, Viviane, Lionel Prouteau, Muriel Tabariés, Henri Noguès, Valérie Fourneyron, et Hugues Sibille. 2013. *Le paysage associatif français: mesures et évolutions*. Paris: Dalloz.

Terrolle, Daniel. 2002. « La mort des SDF à Paris: un révélateur social implacable ». *Etudes sur la mort* 122 (2): 55-68.

Thompson, Edward P. 1971. « The moral economy of the English crowd in the eighteenth century ». *Past & Present* 50 (1): 76-136.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Tillard, Bernadette. 2008. « Introduction et présentation du dossier ». *La revue internationale de l'education familiale* n° 24 (2): 9-18.

———. 2010. « Échanges entre familles et professionnelles ». *Ethnologie francaise* Vol. 40 (1): 131-39.

Tillard, Bernadette, et Monique Robin, éd. 2010. *Enquêtes au domicile des familles: la recherche dans l'espace privé*. Paris: L'Harmattan.

Tissot, Sylvie, et Franck Poupeau. 2005. « La spatialisation des problèmes sociaux ». *Actes de la recherche en sciences sociales* no 159 (4): 4-9.

Tocqueville, Alexis de. 1999. *Sur le paupérisme*. Paris: Editions Allia.

Toguslu, Erkan, et Johan Leman. 2014. *Modern Islamic Thinking and Activism : Dynamics in the West and in the Middle East*. Leuven: Leuven University Press.

Topalov, Christian. 1994. *Naissance du chômeur: 1880-1910*. Paris, France: A. Michel.

———. 1996. « Langage de la réforme et déni du politique. Le débat entre assistance publique et bienfaisance privée, 1889-1903 ». *Genèses. Sciences sociales et histoire* 23 (1): 30-52.

———. , éd. 1999. *Laboratoires du nouveau siècle: la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*. Paris: Éditions de l'ÉHESS.

Toprak, Emel, et Elhadji Mbaye. 2012. « Rhizome: une courroie de transmission du savoir sur la clinique psychosociale ». *Rhizome*, n° 46-47 (décembre): 17.

Tricart, Jean-Paul. 1977. « Genèse d'un dispositif d'assistance: les "cités de transit" ». *Revue Française de Sociologie* 18 (4): 601.

———. 1981. « Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée ». *Revue française de sociologie* 22 (4): 575-607.

Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

Tronto, Joan C. Auteur. 2009. *Un monde vulnérable: pour une politique du « care »*. Paris: Éditions la Découverte.

Tsemberis, Sam, Leyla Gulcur, et Maria Nakae. 2004. « Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis ». *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-56.

Véniat, Céline. 2016. « Pourquoi on n'arrive pas à inscrire les enfants à l'école ? » *Terrains & travaux*, n° 29 (décembre): 173-93.

Verdès-Leroux, Jeannine. 1976. « Pouvoir et assistance : cinquante ans de service social ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 2 (2): 152-72.

———. 1978a. *Le travail social*. Paris: Éditions de Minuit.

———. 1978b. *Le travail social*. Paris, France: les Éditions de Minuit, impr. 1978.

———. 1978c. « Les "exclus" ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 19 (1): 61-65.

Vexliard, Alexandre. 1956. *Introduction à la sociologie du vagabondage*. Paris: M. Rivière.

———. 1957. *Le Clochard : étude de psychologie sociale*. Paris: Desclée de Brouwer.

Vezinat, Nadège. 2012. *Les métamorphoses de la Poste: professionnalisation des conseillers financiers (1953-2010)*. Paris: Presses Universitaires de France.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

———. 2016a. *Sociologie des groupes professionnels*. Malakoff: Armand Colin.

———. 2016b. « Médecine de classe ». *La Vie des Idées*, décembre.

———. 2017. « La santé partagée. Sociologie des maisons de santé pluri-professionnelles: partiques, acteurs et gouvernance ». Mémoire de recherche original en vue de l'obtention de l'Habilitation à Diriger des Recherches en sociologie. Volume 3, Paris: Université Paris Dauphine.

Viguier, Frédéric. 2013. « Les paradoxes de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté en France ». *L'Année sociologique* 63 (1): 51-75.

Vivès, Lola. 2019. « The Process Selection of "Un Chez-Soi d'Abord" Program: A Qualitative Study on the Implementation of Housing First in France ». *European Journal of Homelessness* 13 (1): 145-58.

Voldman, Danièle. 1988. « La loi de 1948 sur les loyers ». *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 20 (1): 91-102.

Vrancken, Didier. 2011. « De la mise à l'épreuve des individus au gouvernement de soi ». *Mouvements* 65 (1): 11-25.

Vrancken, Didier, et Claude Maquet. 2012. « Focus - Du travail sur soi au gouvernement de soi ». *Informations sociales* 169 (1): 76-79.

Vulbeau, Janoé. 2018. « Les « Nord-Africains » dans la rénovation urbaine des années 1960 ». *Métropolitiques.eu*, mai.

Wagniart, Jean-François. 1999. *Le vagabond à la fin du XIXe siècle*. Paris, France: Belin.

Wahnich, Sophie. 1996. « L'errant, entre liberté et exclusion Archéologie d'une figure de l'exclu ». *Politix* 9 (34): 29-46.

Warin, Philippe. 2010. « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? » *La Vie des Idées*, juin.

———. 2013. « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours ». *Informations sociales*, n° 178 (octobre): 52-62.

———. 2016. *Le non-recours aux politiques sociales*. Fontaine: Presses universitaires de Grenoble.

Weber, Florence, et Yvon Lamy. 1999. « Amateurs et professionnels ». *Genèses. Sciences sociales et histoire* 36 (1): 2-5.

Weber, Max. 1921. *La domination*. Paris: La Découverte.

———. 1964. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris: Plon.

———. 2003. *Le savant et le politique: une nouvelle traduction*. Paris: La Découverte.

Weill, Pierre-Edouard. 2012. « Savoir faire valoir son droit. Compétence statutaire et obtention d'un statut de « prioritaire » ». *Sociologies pratiques* 24 (1): 93-105.

———. 2013. « Sans toit ni loi ?: le droit au logement opposable ». Thèse pour le doctorat de Science politique, Strasbourg: Université de Strasbourg.

Weill, Pierre-Édouard. 2014. « Quand les associations font office de street-level bureaucracy. Le travail quotidien en faveur de l'accès au droit au logement opposable ». *Sociologie du Travail* 56 (3): 298-319.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Weill, Pierre-Edouard. 2017. *Sans toit ni loi ? : genèse et conditions de mise en oeuvre de la loi DALO*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Weisz, George. 2005. « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157: 37-51.

Willaime, Jean-Paul. 2005. *Sociologie du protestantisme*. Paris: Presses universitaires de France.

Winkin, Yves. 1990. « Goffman et les femmes ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 83 (1): 57-61.

Wolff, Valérie. 2018. *La précarité en urgence: mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Wright, James D. 1988. « The Mentally Ill Homeless: What Is Myth and What Is Fact? » *Social Problems* 35 (2): 182-91.

Yaouancq, Françoise, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régnier, Stéphane Legleye, et Martine Quaglia. 2013. « L'hébergement des sans-domicile en 2012 ». *Insee Première*, n° 1455 (juillet): 1-4.

Yaouancq, Françoise, et Maryse Marpsat. 2016. « Avant-propos. L'enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe ». *Economie et statistique* 488 (1): 7-23.

Zinberg, Norman. 1986. *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.

Zola, Irving Kenneth. 1972. « Medicine as an Institution of Social Control ». *Sociological Review* 20 (4): 487-504.

Zolesio, Emmanuelle. 2009. « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie ». *Travail, genre et societes* N° 22 (2): 117-33.

———. 2012. « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle ». *Sociologie* 3 (4): 377-94.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexes

Annexe I.1 : convention de recherche avec l'Abej

Annexe I.2 : grille d'entretien de l'enquête

Annexe 2.1 : l'arrivée des clochards au CHAPSA et l'Opération Puce-Poux (OPP)

Annexe 2.2 : l'intérêt clinique des pionniers de Nanterre (Xavier Emmanuelli)

Annexe 2.3 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (croquis de Patrick Declerck)

Annexe 2.4 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (croquis de Patrick Declerck)

Annexe 2.5 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (croquis de Patrick Declerck)

Annexe 2.6 : l'iconographie clinique au service de la légitimation pionniers de Nanterre (photographies de Patrick Declerck)

Annexe 2.7 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (Aude Massot, dessinant les photos envoyées par Xavier Emmanuelli)

Annexe 3.1 : le bus d'évangélisation de la communauté baptiste

Annexe 3.2 : le bus d'action sociale de la communauté baptiste/de l'Abej (hiver 1985-1986)

Annexe 3.3 : la définition du projet « point d'accueil de jour – hiver 1985-1986 »

Annexe 3.4 : la répétition de l'action lors de l'hiver 1987/1988

Annexe 3.5 : le bus d'action sociale et médico-sociale de l'Abej (hiver 1988/1989)

Annexe 3.6 : les bungalows et les permanences sociales et médicales

Annexe 3.7 : l'intérieur du bus de l'Abej

Annexe 3.8 : Pierre Mauroy en visite dans le bus de l'Abej

Annexe 3.9 : le premier local du « Point de Repère »

Annexe 3.10 : le second local du « Point de Repère »

Annexe 3.11 : échange de seringues au Point de Repère

Annexe 4.1 : règlement de fonctionnement – service de stabilisation, CHRS 1

Annexe 4.2 : règlement de fonctionnement – service de stabilisation, CHRS 2

Annexe 4.3 : règlement de fonctionnement – service d'insertion, CHRS 1

Annexe 4.4 : règlement de fonctionnement – service d'insertion, CHRS 2

Annexe 5.1 : la fiche d'évaluation sociale

Annexe 5.2 : fiche de signalement des évènements indésirables

Annexe 5.3 : fiche de liaison veille sociale-EMPP

Annexe 5.4 : fiche de liaison veille sociale-EMPP (bis)

Annexe 6.1 : fiche de signalement des situations particulièrement préoccupantes (vierge)

Annexe 6.2 : signalement d'une femme isolée en raison de sa santé, réponse positive

Annexe 6.3 : signalement d'un ménage avec enfant de moins de 3 ans, réponse négative

Annexe 6.4 : signalement d'un homme isolé pour sa santé et son âge, réponse positive

Annexe 7.1 : les références scientifiques d'un éducateur spécialisé

Annexe 7.2 : les temps de formations (réseau santé précarité et SIAO)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe I.1 : convention de recherche avec l'Abej

Objet : convention relative à l'accès et à l'utilisation des archives de l'association « Abej-Solidarité ».

Cette lettre vise à cadrer l'utilisation de données et d'informations recueillies par Vianney Schlegel dans le cadre de sa thèse de doctorat en sociologie, entamée en octobre 2013. Cette thèse porte sur la professionnalisation de l'accompagnement médico-social des personnes sans-domicile. Elle a été financée pendant trois ans par la région Nord-Pas-de-Calais et l'Université Lille 1.

Dans ce cadre, l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse-Solidarité (Abej-Solidarité) a autorisé le doctorant à mener des observations dans les dispositifs dont elle est porteuse, et à réaliser des entretiens avec les personnes qui y sont investies à divers titres. Afin de respecter le travail réalisé dans ces dispositifs, les personnes qui y ont recours et celles qui le mettent en œuvre un certain nombre de conditions ont été identifiées et listées dans une lettre de cadrage signée par le doctorant et un représentant de l'association. Cette nouvelle convention vise à encadrer l'accès aux archives de l'association et les usages que pourra en faire le doctorant, dans un souci conjoint de respect des données personnelles et du droit à l'image d'une part, de respect des modalités de réalisation de la thèse d'autre part. Dans cette optique, l'association et le doctorant s'accordent sur les termes suivants :

- L'association s'engage à donner accès à une partie de ses archives au doctorant, pour une utilisation spécifiée ci-après. Elle l'autorise à mentionner son appellation « Abej-Solidarité » dans ce même cadre.
- Le doctorant s'engage à utiliser les données auxquelles il a accès uniquement dans un cadre scientifique.
- Le doctorant s'engage à garantir l'anonymat des personnes dont le nom ou l'image sont susceptibles d'apparaitre dans les matériaux auxquels il a accès.
- Afin de garantir cet anonymat, il s'engage notamment à modifier les noms et à flouter systématiquement les éléments susceptibles de permettre l'identification des personnes concernées.
- Le doctorant s'engage de nouveau à mettre à disposition de l'association et de ses membres le produit de sa recherche, sous la forme d'exemplaires de la thèse en format papier ou numérique.

Cette convention ne peut être modifiée que par une autre convention signée à une date ultérieure à celle spécifiée ci-dessous.

Fait à Loos

Le 13/05/19

Le doctorant

Vianney Schlegel

Le représentant de l'Abej Solidarité

V. De Coninck

Vincent De Coninck
Directeur Général

ABEJ Solidarité
Direction Générale
282 Rue Jules Vallès - CS 60104 - 59374 LOOS Cedex
Tél. : 03.66.19.07.10 - Fax : 03.66.19.07.11
siege@abej-solidarite.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe I.2 : grille d'entretien de l'enquête

Pour commencer :

- Quel est votre date de naissance ?
- Votre statut actuel ?
- Vos diplômes ?
- La profession de vos parents ?

1. Formation et parcours professionnel.

Quel est votre formation ? Pourquoi cette formation ? Où l'avez-vous suivie ? Avez-vous d'autres diplômes ?

Depuis quand travaillez-vous ici ? Comment avez-vous en avez-vous entendu parlé ?

Avez-vous eu des expériences bénévoles auparavant ? Dans quels secteurs ?

Comment s'est déroulé votre recrutement ?

Quelles sont vos précédentes expériences professionnelles ? En avez-vous eu d'autres sur les questions de précarité/les sans-domicile ? Comment vous êtes-vous tourné vers l'exclusion ?

Avez-vous suivi des formations liées à cette thématique ?

Avez-vous suivi des formations complémentaires depuis (DU, autres…) ? Intervenez-vous dans des formations ?

Avez-vous d'autres engagements par ailleurs, liés ou non à cette question ?

Avez-vous eu des expériences dans l'humanitaire ? Ou auprès d'autres publics dits« vulnérables » (handicap, enfance, etc.) ?

2. L'investissement et le travail auprès des sans-domicile.

En quoi consiste l'accompagnement ? Où commence-t-il ? Où termine-t-il ?

Quelles sont les principales démarches que vous faites au jour le jour ? Y-a-t-il des démarches plus fréquentes que d'autres ?

Votre statut ici a-t-il évolué ? Vos pratiques ont-elles évolué ? Quelle est la spécificité, la différence entre vos pratiques et celles de vos collègues du même statut/d'autre statut ?

Y-a-t-il des choses que vous aimez particulièrement faire ? Que vous détestes ?

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Quelles sont les limites que vous rencontrez au quotidien ? Comment ?

Qui sont les personnes que vous accompagnez ici ? Quelle sont leurs particularités ?

Quels sont les principaux problèmes qu'elles rencontrent/qui les caractérisent ? Y-a-t-il des problèmes insurmontables à votre échelle ? Comment agissez-vous dans ce cas ?

3. Le traitement du sans-abrisme et les rapports interprofessionnels.

Comment s'articulent l'accompagnement social, la prise en charge somatique et la santé mentale ?

Qui sont vos principaux interlocuteurs ? Comment travaillez-vous avec eux ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Comment se déroule vos relations professionnelles avec les travailleurs sociaux, les psy, les médecins, les infirmières ? Avec les bénévoles ?

Comment est partagée l'information ? Entre médecins ? Avec d'autres professionnels ? En dehors de la structure ?

Quel regard avez-vous sur l'évolution de la prise en charge médico-sociale ? Qu'est-ce qui a changé ? Du point de vue des pratiques, des publics, de l'organisation ? Qu'est ce qui n'a pas changé ?

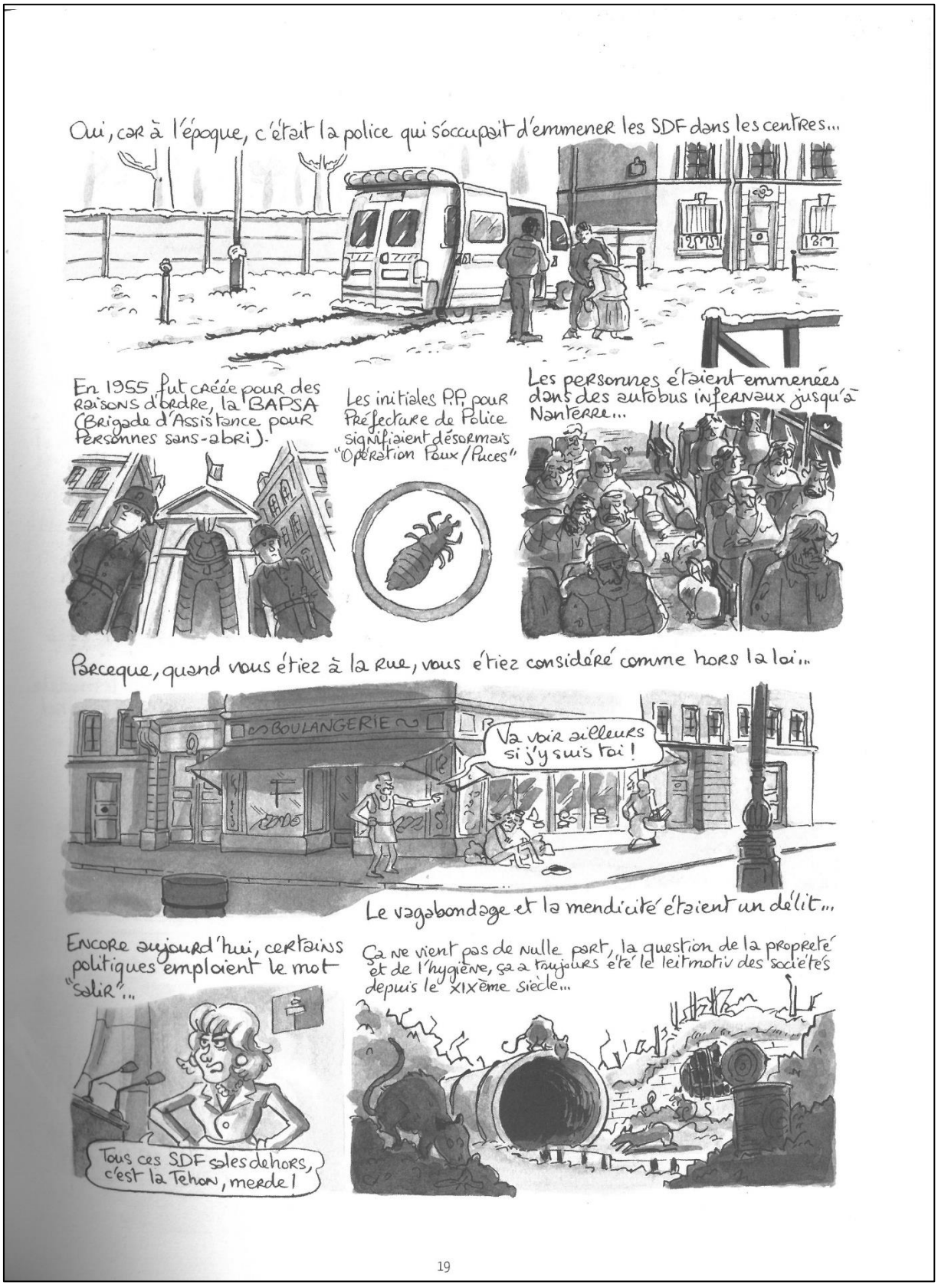
Est-elle suffisante aujourd'hui ? Que manque-t-il ?

Oublis ? Commentaires ?

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.1 : l'arrivée des clochards au CHAPSA et l'Opération Puce-Poux (OPP)

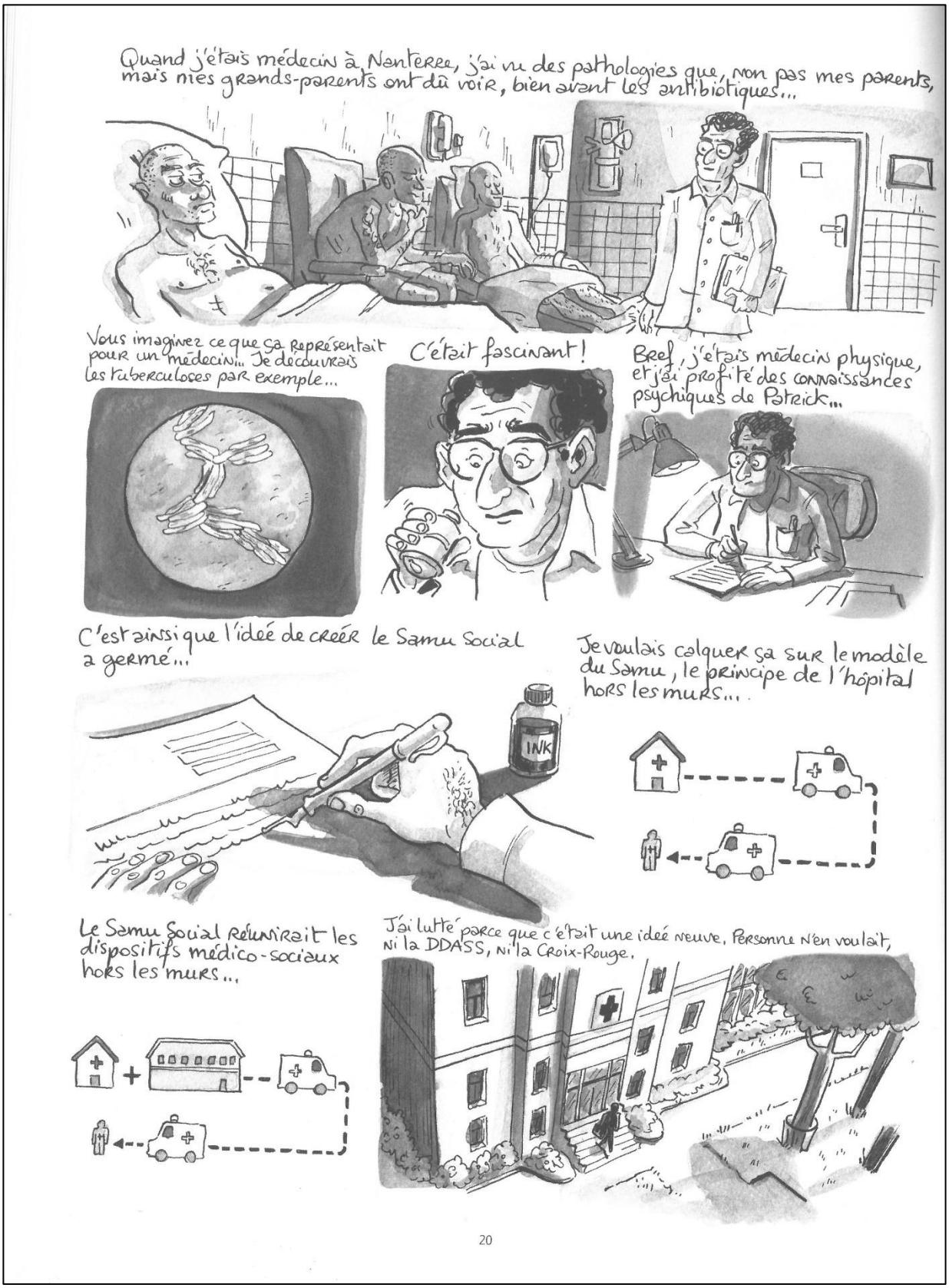


Source : Aude Massot, *Chronique du 115. Une histoire du Samu social*, Paris, Steinkis, 2016.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.2 : l'intérêt clinique des pionniers de Nanterre (Xavier Emmanuelli)



Source : Aude Massot, *Chronique du 115. Une histoire du Samu social*, Paris, Steinkis, 2016.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.3 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (croquis de Patrick Declerck)

prédictions se sont révélées être à la fois au-dessus et en dessous de la réalité. Dans l'ensemble, les malades, probablement honorés de bénéficier de locaux neufs et même luxueux, se sont montrés très respectueux des lieux. A la consultation, les actes de vandalisme furent pratiquement inexistants.

Il n'en fut pas de même au foyer où les hébergés sont admis pour six mois ou un an. La propreté, la nouveauté et la clarté dépouillée de l'architecture se sont révélées insoutenables pour beaucoup. Les actes de vandalisme furent nombreux et spectaculaires : locaux dévastés, murs barbouillés d'excréments. Plus pathétiquement, les hébergés, dans une sorte de refus passif et affolé, ont combattu l'asepsie ambiante en évitant massivement de se laver et de nettoyer leurs vêtements. Certains se sont mis à stocker des détritus dans leurs chambres qu'ils transformaient ainsi en poubelles géantes. L'hygiène générale s'est effondrée dès les premiers jours.

Tout s'est passé comme si, dans la durée, il fallait que la saleté, le désordre, les odeurs, bref l'analité, y trouvent leur compte. Le sentiment de leur identité était-il à ce prix ?

Patient de la consultation médicale à Nanterre (dessin de l'auteur, 1989).

Source : Patrick Declerck, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris,* Paris, Plon, 2001.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.4 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (croquis de Patrick Declerck)

mais normalement. Un coup de temps en temps. Mais depuis un an ou deux... Vers 1975, là j'ai augmenté, je peux dire. Trois à quatre litres par jour... Difficile à dire, on achète trois bouteilles pour la nuit. Des bouteilles de secours, pour la bloblote. On se réveille et toc ! on boit un coup. Pour ainsi dire, en dormant. On se réveille le matin, les bouteilles sont vides... Qui les a bues ? Au fond on ne sait pas ».

Décompensation ascitique et œdème de la verge chez un homme atteint de cirrhose du foie (dessin de l'auteur, 1992).

Monsieur Beckerel a sur les avant-bras une centaine de petits cratères blancs de 6 ou 7 millimètres de diamètre. Ce sont deux grands tatouages de femmes qu'il efface à coups de brûlures de cigarettes. « C'est quand je suis bourré que je me fais ça. Je sais même pas pourquoi. C'est marrant... »

Intermède comique dans la routine de l'après-midi, un homme fait irruption dans le bureau. Furieux. Hirsute. En haillons...

« Un scandale ! Ramassé par erreur ! Non, mais ! De qui, grands dieux, se moque-t-on ? Moi ! Moi ! MOI ! Propriétaire de 56 %

96

Source : Patrick Declerck, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris,* Paris, Plon, 2001.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.5 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (croquis de Patrick Declerck)

des banquettes, à la gare... « Le lendemain y avait plus rien. Mes accordéons »... Sa voix est douce, tranquille, sans colère. Son regard se perd dans la pénombre de la pièce. Comme étonné. Myope...

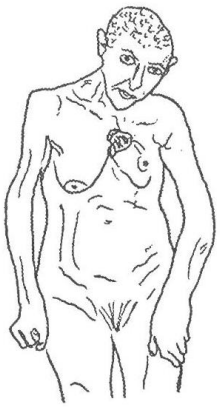
« Je n'ai jamais comment dire... été avec une femme. C'était difficile, vous comprenez, avec mes parents... » Il se tait. Rougit un peu...

Moi, je rougis beaucoup en n'ayant rien d'autre à lui proposer que de voir l'assistante sociale le lendemain matin.

Le monde n'était rien devant sa pureté et sa folie. Il était d'ailleurs. J'étais d'ici. Nous nous sommes, un instant, croisés par ce soir d'hiver, comme des bateaux dans la nuit...

*

Combien y en a-t-il eu de ces formes lointaines, évanouies aussitôt qu'aperçues ?... Il me revient une femme d'une cinquantaine d'années qui s'était présentée à la consultation. Elle voulait des médicaments. « Mal au ventre »... Elle traîne un peu. Hésite. On la sent embarrassée. N'osant pas dire. Finalement elle nous parle d'un bouton qui la gêne. Elle désigne sa poitrine d'un geste vague. On découvrira un cancer du sein au stade terminal, jamais montré, jamais traité. Il avait rongé la face interne du sein gauche, tiré les chairs comme un grappin et creusé un trou large comme trois doigts et profond d'un pouce. Ce trou était un peu devenu le centre de gravité de son corps. Il l'avait comme tout entière lentement attirée à lui. Elle ne pouvait plus se tenir que courbée, de travers,



Dessin de l'auteur
réalisé à partir de
la photo de la patiente.

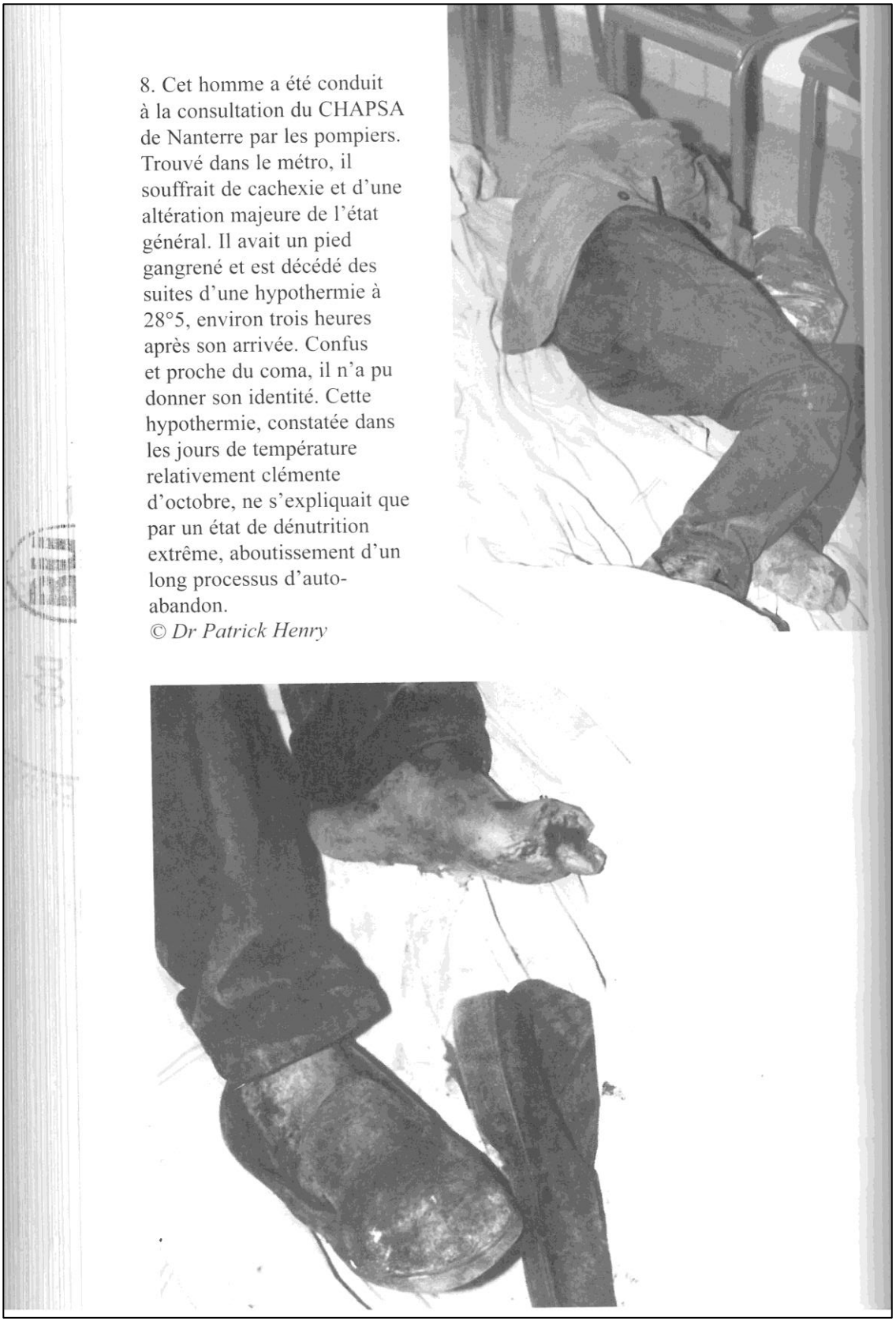
89

Source : Patrick Declerck, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris,* Paris, Plon, 2001.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.6 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (photographies de Patrick Declerck)



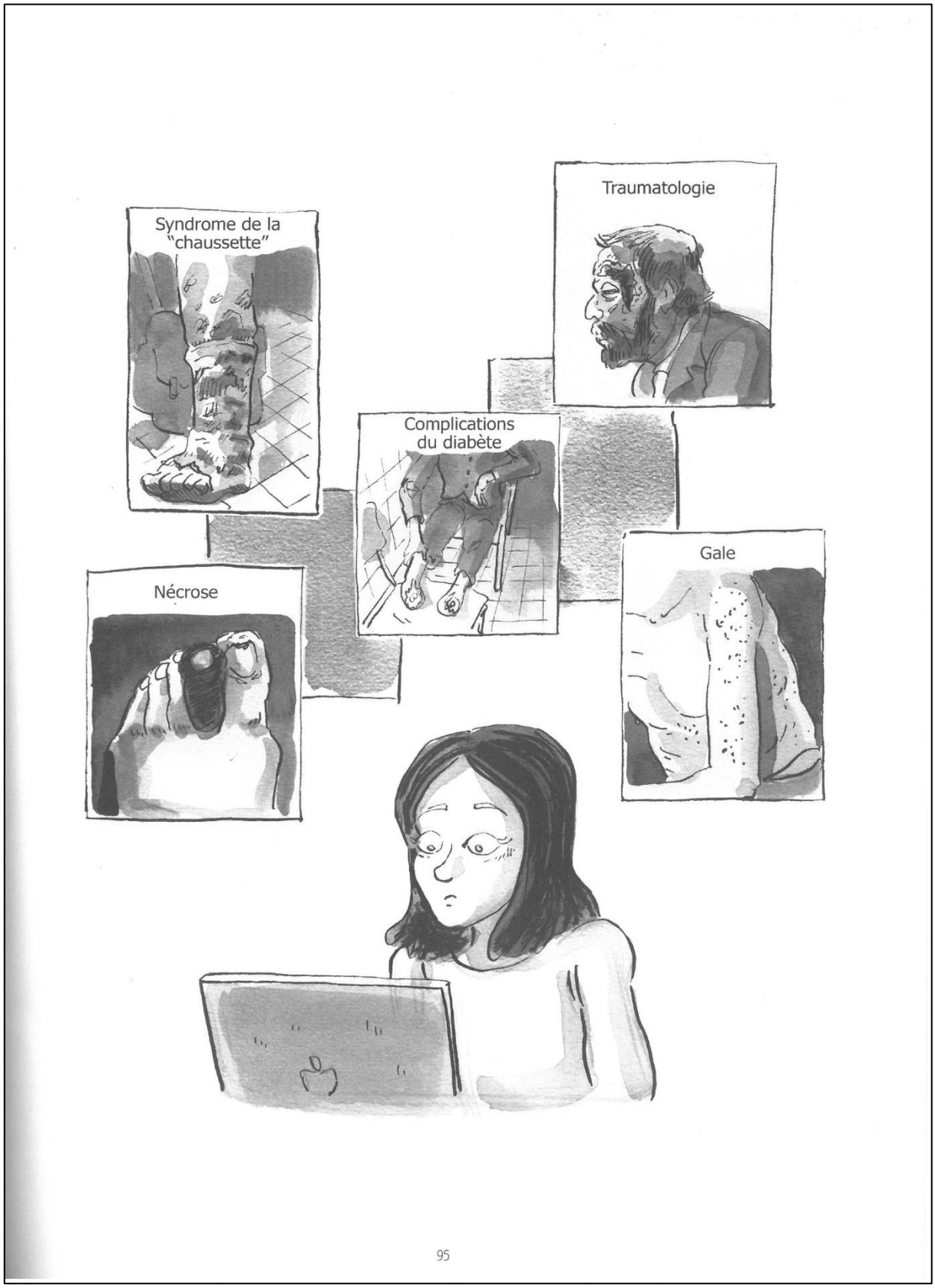
8. Cet homme a été conduit à la consultation du CHAPSA de Nanterre par les pompiers. Trouvé dans le métro, il souffrait de cachexie et d'une altération majeure de l'état général. Il avait un pied gangrené et est décédé des suites d'une hypothermie à 28°5, environ trois heures après son arrivée. Confus et proche du coma, il n'a pu donner son identité. Cette hypothermie, constatée dans les jours de température relativement clémente d'octobre, ne s'expliquait que par un état de dénutrition extrême, aboutissement d'un long processus d'auto-abandon.
© *Dr Patrick Henry*

Source : Patrick Declerck, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris,* Paris, Plon, 2001.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 2.7 : l'iconographie clinique au service de la légitimation des pionniers de Nanterre (Aude Massot, dessinant les photos envoyées par Xavier Emmanuelli)



Source : Aude Massot, *Chronique du 115. Une histoire du Samu social*, Paris, Steinkis, 2016.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.1 : le bus d'évangélisation de la communauté baptiste

Annexe 3.2 : le bus d'action sociale de la communauté baptiste/l'Abej (hiver 1985-1986)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.3 : la définition du projet « point d'accueil de jour – hiver 1985-1986 »

A.B.E.J. COMMUNAUTE CHRETIENNE
111, rue des Stations
59800 LILLE.

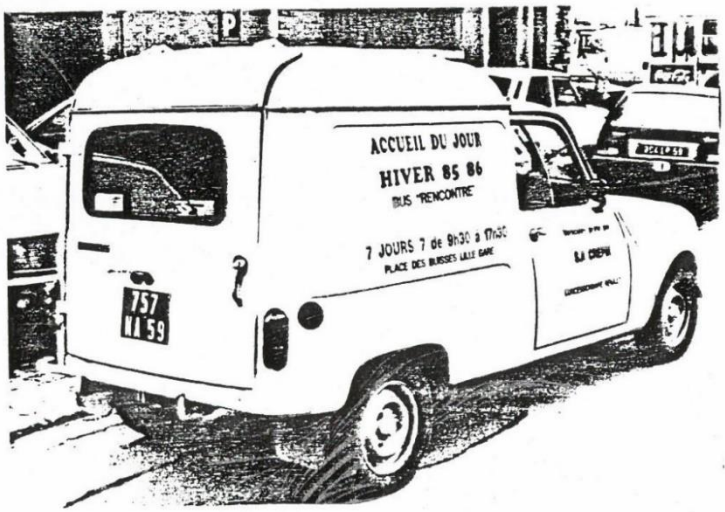
Tél : 20-57-52-44

Membre de l'ENTRAIDE PROTESTANTE
FEDERATION NATIONALE.

LILLE - NOVEMBRE 1985.

I DEFINITION DU PROJET : "Point d'Accueil de Jour - HIVER 85-86."

ACCUEIL DE JOUR A LILLE-GARES SPECIALISE POUR LES PERSONNES EN DETRESSE SOCIALE AIGUE, PAR LE MOYEN D'UN BUS A IMPERIALE DENOMME "POINT D'ACCUEIL DE JOUR - HIVER 85-86" VERITABLE "PRISE DIRECTE AVEC LA RUE", basé sur le bénévolat compétent.



© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.4 : la répétition de l'action lors de l'hiver 1987/1988

Annexe 3.5 : le bus d'action sociale et médico-sociale de l'Abej

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.6 : les bungalows et les permanences sociales et médicales

Annexe 3.7 : l'intérieur du bus de l'Abej

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.8 : Pierre Mauroy en visite dans le bus de l'Abej

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.9 : le premier local du « Point de Repère »

Annexe 3.10 : le second local du « Point de Repère »

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 3.11 : échange de seringues au Point de Repère

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 4.1 : règlement de fonctionnement – service de stabilisation, CHRS 1

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT – CHRS STABILISATION

Nous vous souhaitons la bienvenue à la Résidence

Ce lieu d'accueil vous permet d'être hébergé dans l'attente d'une solution durable adaptée à votre situation.

Ce règlement a pour finalité de donner les repères communs pour que chacun puisse, dans le respect des biens et des personnes, trouver son espace de liberté, d'intimité et de convivialité.

LE SEJOUR

La durée d'hébergement est temporaire et indéterminée. Un contrat de séjour est signé dans un délai d'un mois maximum après votre entrée.

Dans le respect du principe de continuité de prise en charge, ce contrat fera l'objet d'un renouvellement tous les 6 mois maximum, dans l'attente d'une orientation vers un lieu plus adapté à votre situation.

Votre présence est également soumise à une demande de renouvellement de prise en charge « aide sociale Etat » tous les 6 mois.

LA REMISE DU BADGE

Il vous sera remis un badge à votre arrivée. Celui-ci vous donne accès à votre chambre ainsi qu'à la porte d'entrée, à l'ascenseur et aux sanitaires.

Nous vous demandons de fermer systématiquement la porte de votre chambre quand vous en sortez.

Les serrures et canons des portes ne peuvent être changés que par l'équipe technique de

Le double de votre badge vous sera facturé 20€ en cas de perte.

LA CHAMBRE

La chambre que nous mettons à votre disposition est individuelle. Nous vous demandons pour des raisons de sécurité et de vie collective de n'y accueillir personne.

Vous pouvez y déposer vos affaires personnelles dans l'armoire prévue à cet effet. Il ne s'agit en aucun cas d'y introduire des meubles ou autres effets volumineux.

Ne laissez pas de nourriture périssable dans votre chambre et veillez à la garder propre.

Vous êtes responsable de la propreté de votre chambre.

Du matériel de nettoyage est à votre disposition à l'accueil.

A défaut d'entretien de votre chambre et ce malgré les injonctions éducatives, l'ABEJ s'autorise à faire appel à une entreprise extérieure de nettoyage dont le coût de la prestation vous sera refacturée.

Il est demandé à l'équipe éducative de faire des visites régulières des chambres et ce même en votre absence.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

Vos bagages et effets personnels sont sous votre responsabilité. ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable en cas de vol ou de perte.

LA TELEVISION

Une télévision est mise à votre disposition ainsi qu'une télécommande.

Cette prestation offerte peut-être suspendue ou supprimée si l'équipe éducative le juge nécessaire.

En cas de problèmes techniques (sur le téléviseur ou son support), il vous est demandé de vous rapprocher de l'équipe éducative.

LES REPAS

Les repas sont servis au réfectoire et doivent être pris sur place.

Le petit déjeuner : 7h00 - 8h45 en semaine 7h00 - 10h00 le week-end et les jours fériés.

Si vous devez vous réveiller plus tôt, pour des raisons spécifiques ou professionnelles, merci de prévenir l'équipe éducative la veille au soir.

Déjeuner : 12h30 – 13h30 **Diner : 18h30 - 20h00**

Merci de respecter les horaires des repas pour le bon fonctionnement du service et pour le respect du personnel de service.

Aucun repas ne sera servi en dehors de ces créneaux horaires, sauf besoins spécifiques.

LE CAFE

Du café est proposé gratuitement le soir de 20h00 à 21h00. Le service se fait au sein de la salle polyvalente. Une participation de votre part est souhaitée pour la préparation du café, de la salle et le rangement après le service.

LA FIN DE LA JOURNEE

Les regroupements de personnes dans l'enceinte de l'hébergement ne sont pas autorisés après 22h00 (départ de l'équipe éducative).

Après 21h45, les personnes qui ne bénéficient pas de télévision individuelle peuvent rester au réfectoire pour regarder le 1er programme de la soirée, sous la responsabilité de l'agent de prévention.

LES ENTREES ET SORTIES

Vous êtes libres de vos entrées et sorties durant la journée.

Après 22h, vous limiterez vos allers et venues et votre retour devra se faire dans le calme afin de respecter le sommeil d'autrui.

Afin de gérer et contrôler les flux des personnes extérieures à la résidence ainsi que pour garantir la sécurité du lieu et des personnes, la porte d'accès au bâtiment reste fermée.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

LES ABSENCES AUTORISEES

Vous pouvez vous absenter deux nuits par semaine sans obligation de prévenir.

Au-delà, vous serez tenus de signifier la durée de votre absence et votre chambre pourra être réattribuée durant cette absence.

Merci de présenter un justificatif pour toute absence liée à des raisons circonstanciées (hospitalisation, garde à vue, etc...)

LES VISITES

Vous pouvez recevoir la visite de votre famille après accord de l'équipe éducative dans un espace prévu à cet effet.

Par ailleurs, les visites extérieures sont autorisées de 9h à 18h tous les jours. Le nombre de personnes extérieures présentes en même temps au sein du bâtiment est limité à 3.

LE CHRS D'INSERTION (3EME ET 4EME ETAGE)

L'accès au CHRS d'insertion (3ème et 4ème étage) n'est autorisé qu'aux seules personnes hébergées en insertion.

Vous n'avez donc pas accès au 3ème et 4ème étage de la Résidence

LE TELEPHONE

L'utilisation du téléphone de service n'est autorisée que dans le cadre des démarches administratives, sociales ou médicales. L'utilisation à des fins personnelles doit rester exceptionnelle et est soumise à l'appréciation de l'équipe éducative.

L'HYGIENE CORPORELLE

Vous pouvez prendre une douche dans les sanitaires se trouvant à proximité de votre chambre.

Veuillez laisser les douches et les toilettes propres après chacun de vos passages.

L'équipe éducative peut être amenée à vous interpeller par rapport à votre hygiène (corporelle, chambre...) et vous inviter à prendre une douche et à vous soigner si cela s'avérait nécessaire.

Un kit hygiène (savon, gel douche, shampooing, brosse à dent, rasoir, cotons tige, peigne, ...) est proposé aux personnes n'ayant pas de ressources.

LA LINGERIE

Un kit de linge d'hôtellerie est mis à votre disposition à votre arrivée.

Vous pouvez échanger votre kit de linge sale contre un kit de linge propre chaque vendredi de 9h à 12h.

Un service de lingerie est également à votre disposition du lundi au jeudi de 9h à 12h pour votre linge personnel :

- vous pouvez faire laver gratuitement votre linge une fois par semaine dans la limite d'un sac.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

- vous devez remplir une liste de linge (disponible au bureau) et la mettre dans le sac et signer le cahier d'émargement avec un membre de l'équipe éducative qui vous accompagnera en lingerie pour y déposer votre sac.

La lingerie décline toute responsabilité sur les éventuelles détériorations survenues à l'occasion du lavage. Nous vous informons que tout le linge est lavé à 60 °.

LA BAGAGERIE

Au moment de votre départ, si vous ne pouvez prendre toutes vos affaires, l'équipe éducative, à sa discrétion, pourra vous permettre de laisser vos bagages dans un bungalow. Vous êtes prié de venir les récupérer sous quinze jours entre 9h et 20h. Passé ce délai et sans nouvelles de votre part, vos effets seront détruits.

Les personnes orientées par le 115 et les personnes renvoyées pour des motifs graves ne pourront bénéficier de ce service.

[illegible]ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable en cas de perte, de disparition ou de vol pendant la période de stockage de vos affaires.

LES ANIMAUX DOMESTIQUES

Les animaux domestiques peuvent être acceptés au sein de l'établissement sous autorisation du directeur.

Il faudra alors se conformer à un protocole d'accueil spécifique :

- Communication du nom d'une personne ressource à qui confier l'animal en cas de problème
- Vaccination antirabique valide
- Identification par tatouage ou transpondeur
- Assurance responsabilité pour les dommages causés au tiers
- Certificat vétérinaire de stérilisation définitive (1ère cat.)

Une fois dans l'enceinte de l'établissement, le chien doit être muselé et tenu en laisse.

En cas de problèmes liés à l'hygiène et aux nuisances sonores perturbant le collectif, l'ABEJ se réserve le droit de vous demander de vous séparer de l'animal.

LES MEDICAMENTS

La gestion des prises de médicaments sur prescription médicale est de votre responsabilité.

Conformément à l'article L 313-26 du code de santé public, lorsque les personnes ne disposant pas de l'autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin, à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de médicament constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante. L'aide à la prise de médicaments peut être assurée par toute personne chargée des actes de la vie courante à condition que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise en charge ne présente ni difficulté d'administration, ni d'apprentissage particulier.

Les personnes ayant besoin d'aide à la prise de médicament sont invitées, sur proposition du médecin, à déposer leur traitement à l'accueil auprès d'un infirmier (ou d'un travailleur social en l'absence de personnel médical).

Les travailleurs sociaux (après préparation de votre pilulier par un infirmier) sont habilités, en l'absence de personnel médical, à les distribuer. Les agents de prévention ne sont pas habilités à distribuer les médicaments.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

LES ACTIVITES DIVERSES

Une bibliothèque et des jeux de société sont mis à votre disposition sur demande. Vous pouvez aussi bénéficier des activités proposées par Cultures du Cœur ou par un membre de l'équipe

L'AUMONERIE

Vous pouvez, si vous le souhaitez, rencontrer l'aumônier de qui pourra vous écouter et partager avec vous.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Vous pouvez sur simple demande auprès du Directeur de l'établissement accéder à votre dossier personnel. Celui-ci organisera avec votre référent ou un membre de l'équipe l'accès à votre dossier.

La loi du 4 août 2014 prévoit que « les personnels de CHRS sont tenus au secret professionnel. (...) Par dérogation (...), ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision. » Nous vous informons aussi que nous pouvons communiquer certaines informations vous concernant, avec votre accord, à des partenaires extérieurs à l'Association afin d'améliorer votre prise en charge au sein de notre CHRS.

LES MODALITES DE LA PARTICIPATION FINANCIERE

Toute personne intégrant le CHRS de stabilisation ayant des ressources doit participer aux frais d'hébergement. Il vous sera demandé une participation aux frais d'hébergement, proportionnelle à vos ressources :

- Les personnes sans ressources bénéficient de la gratuité de prise en charge et des prestations.
- Pour les personnes bénéficiaires de l'ATA ou équivalent de ressources le forfait de la participation financière est fixé à 3 euros par jour.
- Pour les personnes bénéficiaires du RSA ou équivalent de ressources le forfait de la participation financière est fixé à 6 euros par jour.
- Pour les personnes bénéficiaires de l'AAH ou d'une pension de retraite, le forfait est fixé à 10 euros par jour.

La participation est établie au prorata du temps effectivement passé dans la structure. Les jours d'absence pour raison médicale sont notamment décomptés de votre participation. Cette participation est payable mensuellement à terme échu.

Le paiement doit être effectué par prélèvement automatique le 07 de chaque mois ou par défaut au plus tard le 10 de chaque mois au secrétariat du pôle hébergement – logement.

LA SECURITE INCENDIE

En cas d'incendie, une alarme retentira. Des consignes de sécurité sont affichées sur votre porte de chambre.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

LA VIDEOSURVEILLANCE

L'ensemble du bâtiment est sous vidéo surveillance. Le but de ces caméras qui se trouvent dans les espaces de circulation et les salles communes du rez-de-chaussée est avant tout préventif. Elles permettent par ailleurs aux responsables de faire des relectures vidéos (parfois à la demande des usagers) afin de déterminer les responsabilités en cas d'événement indésirable (vol, bagarre, dégradations...). Lorsqu'une relecture est effectuée, elle est consignée dans un registre afin de garantir un réel respect du droit à la vie privée des usagers.

Pour l'exercice du droit d'accès aux images, il faut vous adresser à responsable sécurité au 03-66-19-10-00 (Loi n°95-73 du 21/01/95 et Décret n° 96-926 du 17/10/96).

LES SANCTIONS

Nous vous demandons de respecter toutes les personnes présentes au sein de la structure ainsi que le matériel et les locaux mis à votre disposition.

Ce règlement est un repère important. Il n'a cependant pas pour objectif d'envisager et de détailler toutes les situations particulières et individuelles.

Le directeur, en concertation avec le chef de service, l'équipe éducative et les partenaires extérieurs, se réserve le droit de demander à une personne de quitter l'établissement si cette dernière a commis des actes portant préjudice à l'intégrité physique et/ou morale des personnes dans le bâtiment.

Ce même droit sera utilisé pour des actes de dégradation volontaire du bâtiment.

Les motifs et les modalités de cette décision seront notifiés et explicités à la personne concernée par le directeur ou le chef de service.

En cas de troubles graves, il est fait appel aux forces de l'ordre.

Je soussigné M. _____, certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter.

Lille, le /___/ /___/ /___/

Signature

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 4.2 : règlement de fonctionnement – service de stabilisation, CHRS 2

SHUSA
(Service d'Hébergement d'Urgence
Stabilisé et d'Attente)

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Conformément au projet de la aux libertés individuelles et aux droits de l'homme, la personne est accueillie sans aucune distinction de nationalité, de religion ou d'opinion politique.
Ce règlement n'est pas une contrainte mais un moyen de se respecter mutuellement et de maintenir un bon climat au sein de l'établissement. Ce règlement est formulé sous forme de droits dus à chacun qui pour se réaliser impliquent de la part de tous le respect de certains droits.

Le règlement de fonctionnement définit :

- les règles essentielles de fonctionnement de l'établissement
- les droits et devoirs de chacun
- les mesures prises en cas de manquement aux obligations

L'admission au sein de l'établissement est règlementée par :

- la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 pour l'orientation et la définition des missions du C.H.R.S.
- la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- les articles L 311-4 et 311-7 du code de la famille qui définit les publics accueillis.
- la Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
- Responsabilité civil Assurances SIACI St Honoré – Police d'assurance

Il est remis à chaque résident et à toute personne exerçant une activité salariée ou bénévole.

Ce règlement a été présenté au C.V.S pour information. Il est validé par le directeur de l'établissement. Il sera revu dès qu'il y a une modification importante et au plus tard en 2015.

DROIT AU RESPECT

1. Le respect mutuel

Afin d'assurer la liberté de penser, de vivre et d'expression, chacun doit avoir un comportement respectueux en actes et en paroles, un comportement civique à l'égard des résidents, du personnel et du matériel de l'établissement.

- Le vouvoiement est de rigueur.

L'intégration de l'établissement dans la vie de quartier passe par le respect du voisinage (pas de nuisance sonore, pas de jet d'objets par les fenêtres,...).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Les biens et équipements

Pour que chacun bénéficie du même confort, il est demandé à chacun de préserver et d'entretenir les lieux collectifs. Vous assurez quotidiennement l'entretien de votre chambre et de l'espace sanitaire pour vous et pour la personne qui occupera votre espace après votre départ. D'autre part, il est obligatoire de vous inscrire sur le planning des tâches collectives tous les 15 jours.
Les draps sont à changer une fois par semaine, le lundi de 9h à 10h à la véranda où il vous sera remis des propres.
Une lingerie n'est à disposition que des personnes sans ressources et en s'inscrivant auprès de votre référent. En cas de dégradation du linge, l'établissement décline toute responsabilité. L'entretien des machines est de votre responsabilité. Tout retard annule l'inscription.

3. Les rythmes de vie collectifs

Afin de nous permettre d'assurer la sécurité de l'établissement et la tranquillité, vous devez rentrer **avant 0H00**. Entre **00h00 et 05h00**, il ne doit pas y avoir d'allées et venues.
Vous pouvez solliciter, sous condition, un retard ou une absence auprès de votre référent.
Chaque résident est responsable de son heure de réveil, qui ne peut être assuré par le surveillant de nuit.
Un tour des chambres (pour des raisons de sécurité et de convivialité) est effectué dès 8H00 par un travailleur social sauf le week-end et les jours fériés.
Vous êtes tenus de dormir dans l'établissement. En cas d'absence non justifiée et prolongée vous faite l'objet d'une exclusion.
Au bout de trois jours d'absence autorisée, le règlement de votre participation financière vous sera demandé pour le maintien de votre place d'hébergement

Pour des raisons d'organisation, les heures de repas sont fixes.

Vous devez vous inscrire avant 11 heures auprès de l'accueil pour réserver votre déjeuner et votre diner du lendemain.

4. Les heures de repas sont les suivantes :
   - Petit-déjeuner : **7h15 à 7H45** en semaine, fermeture du réfectoire à 8h00 et **8h00 à 8H30** le week-end et jours fériés, fermeture du réfectoire à 8h45
   - Déjeuner : **12H00 à 12H45**, fermeture du réfectoire à 13h00
   - Dîner : **19H00 à 19H45**, fermeture du réfectoire à 20h00

En dehors de ces horaires, l'accès au réfectoire sera refusé.

En dehors de ces heures, des repas retardés peuvent être préparés, sous condition, avec l'accord préalable du service éducatif pour les personnes qui travaillent, sont en démarches ou en activités.
Un casse-croûte peut être commandé auprès de votre référent (commande à effectuer la veille avant 17H00).

DROIT A L'INTIMITE

1. Les locaux collectifs et les espaces individuels

La vie collective dans la résidence exige le calme, particulièrement entre 22H30 et 8H00. Chacun sera attentif à modérer le son des radios, téléviseurs et de ses conversations.

Une clé de la chambre vous est remise à l'admission. Elle doit être déposée à l'accueil à chaque sortie de

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

l'établissement afin de connaître vos présences et absences.
En cas de perte, la nouvelle clé vous sera facturée 23€56. Le fait de partager votre chambre impose de la fermer à clé ainsi que votre armoire. L'établissement n'est pas responsable des objets et argent dont vous disposez. Le regroupement en chambre est toléré jusque 21 heures si cela ne dérange pas votre voisin de chambre et si la tranquillité de tous est respectée.

La direction, l'équipe éducative, les surveillants de nuit et les agents de maintenance disposent d'un pass pour raison de service et peuvent ainsi accéder aux chambres.

2. vie privée

Actuellement, l'établissement ne dispose pas d'espaces pour s'isoler car la configuration des locaux ne le permet pas.

3. Le dossier personnel

L'équipe s'engage à veiller à la discrétion des informations inscrites dans votre dossier et données lors des entretiens.
Vous pouvez consulter votre dossier personnel en présence de votre référent dés que vous le souhaitez. Afin de récupérer les documents administratifs, une demande doit être adressée à votre référent. Les documents vous sont remis dans les 48H. L'établissement garde en sa possession les documents internes.
Le traitement du dossier est informatisé et est soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles.

5. Le courrier

Vous pouvez bénéficier d'une adresse postale au sein de l'établissement et le courrier est à retirer à l'accueil à partir de 14H00. Chaque chambre dispose d'un casier prévu à cet effet. Toute attestation relative à l'hébergement doit être sollicitée 24 heures à l'avance.

DROIT A UN ACCUEIL ET A UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE

1. Le contrat de séjour

A votre arrivée, un contrat de séjour est élaboré avec le professionnel qui vous accueil. Il est ensuite transmis à l'adjointe de direction pour signature. Il est composé d'obligations réciproques et d'objectifs définis à réaliser en commun.

2. Les prestations extérieures

Elles sont détaillées dans le livret d'accueil qui vous est remis à votre arrivée.

DROIT A UNE VIE SOCIALE

1. Les visites

Il n'y a pas de possibilités de recevoir des visites au sein de l'établissement. Les étages étant réservés aux salariés et aux résidents, les visiteurs doivent se présenter à l'accueil et vous serez avertis de leur présence. Si vous souhaitez organiser une rencontre au sein de l'établissement, vous devez vous rapprocher de votre référent.

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2. Les sorties

Des sorties culturelles, sportives et pédagogiques, vous sont régulièrement proposées par les salariés.

3. Les relations affectives

En raison du manque d'espace intime et l'impossibilité de recevoir des personnes de l'extérieur, il est difficile d'entretenir des relations affectives dans l'établissement.

4. La citoyenneté

L'établissement s'engage à faciliter l'exercice de votre droit à la citoyenneté en :

- organisant un Conseil de Vie Sociale auquel vous avez la possibilité de participer.
- vous favorisant l'accès à vos droits et devoirs civiques.

DROIT A LA SECURITE

1. Les mesures de sécurité

En cas d'incendie, **un plan d'évacuation est affiché à chaque étage**. Des caméras sont installées pour sécuriser l'entrée et la sortie de l'établissement.
Par mesure de sécurité, il peut vous être demandé à l'accueil d'ouvrir votre sac.
Le port d'arme ou de tout objet considéré comme dangereux n'est pas autorisé. Pour les mêmes raisons, les animaux ne sont pas admis dans l'établissement.
Si vous pensez qu'une situation peut nécessiter l'intervention des services d'urgence, nous vous demandons de prévenir le salarié présent dans l'établissement. Il jugera de la gravité de la situation, la gérera et fera le nécessaire. Nous vous demandons donc de ne pas appeler directement les services de secours (pompiers, SAMU, police).

2. Les biens personnels

Les objets de valeur de petites tailles, l'argent et les pièces administratives peuvent être gardés par l'établissement au coffre sur autorisation du directeur. En cas de départ, vous êtes tenus de récupérer toutes vos affaires.
Le cas contraire, celles-ci pourront être stockées un mois maximum. Au-delà de ce délai, elles seront utilisées pour le reste de la collectivité.
Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, seul des petits appareils électriques sont autorisés (cafetière, TV, fer à repasser, radio réveil...). Vous ne pouvez dépasser 4000 Watts par chambre (2000W par personne dans une chambre de deux). Les appareils électroménagers servant à la conservation et la préparation des repas sont interdits (réfrigérateur, congélateur, plaques de cuisson, micro-onde...).

OBLIGATIONS LEGALES

1. La cigarette

Conformément à la loi en vigueur, les espaces collectifs sont non fumeurs. Il vous est cependant possible de fumer dans votre chambre avec l'accord de votre voisin. Pour votre sécurité, il est préférable de ne pas fumer dans votre lit.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Stupéfiants

Comme le dit la loi, l'introduction et la consommation de stupéfiant est interdite.

3. Faits de violence

Il est rappelé à chacun que toute violence verbale et physique sur autrui est susceptible d'entraîner des procédures administratives ou judiciaires (dépôt de plainte auprès des services de police ou tribunal et une exclusion immédiate).

4. La participation financière

Tout résident doit s'acquitter d'une participation mensuelle de 15 % de ses ressources avant le 10 du mois. Le cas contraire peut entrainer une fin de prise en charge.
Le montant de la participation est plafonné pendant 3 mois à 320 euros pour tous. Au-delà des 3 mois l'usager paie en fonction de ses ressources et du pourcentage, la totalité du montant calculé.
Lors d'une admission en cours de mois, la participation est due en fonction du nombre de jour d'hébergement dans le mois dès l'admission.
En cas d'absence, au-delà de 3 jours (hospitalisation, vacances…), si le résident veut garder sa place il doit prévenir l'institution de ses dates d'absence et régler ou s'engager à régler sa participation. S'il y a refus de régler, le résident perd sa place.
En cas de départ, la somme due sera calculée en fonction des jours de présences dans le mois en cours. Exemple pour une sortie définitive le 16, la participation est calculée du 1er au 15 inclus.

SANCTIONS

La sanction désigne tous les actes de transgression et ou entrave a un ou des points du règlement de fonctionnement. Les personnes hébergées étant des citoyens à part entière il va de soi qu'il sont soumis à l'application des lois issues du droit commun (Ex : interdiction de la consommation de stupéfiant, de port d'armes ...). Le personnel éducatif peut prononcer de sa propre initiative ou selon la situation, avec l'information préalable du cadre, une sanction.

Les actes de transgression qui amène une sanction :

- ✓ Faits de violences physiques, verbales ou psychologiques : Harcèlement, manipulation, insultes, coups, comportement lié à la consommation d'alcool.
- ✓ Actes d'incivilité envers les personnes : non-respect des règles du mieux vivre ensemble, vol, nuisances sonores, racket.
- ✓ Actes d'incivilité envers les bien : Dégradation des biens institutionnels, des biens d'autrui, non-respect du lieu de vie.
- ✓ Absence d'adhésion après, avoir proposé divers solutions, dans le cadre de l'accompagnement.
- ✓ Non-paiement de la participation financière après avoir proposé divers solutions.

Une cellule de veille, instance régulatrice, composée d'un cadre, d'un membre du Conseil de Vie Social, d'un membre de l'équipe éducative et de la ou les personnes impliquées doit se réunir pour les faits de violences physiques ou psychologique et pour l'absence d'adhésion dans le cadre de l'accompagnement.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 4.3 : règlement de fonctionnement – service d'insertion, CHRS 1

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT – CHRS INSERTION (LOGEMENT)

Nous vous souhaitons la bienvenue à la Résidence L'hébergement CHRS d'Insertion à la RAA constitue votre domicile pendant toute la durée de votre séjour.

Ce qui différencie ce type d'hébergement CHRS d'Insertion à la RAA d'un immeuble ordinaire de logement, c'est le statut d'hébergé et non de locataire.

Ce règlement a pour finalité de donner les repères communs pour que chacun puisse, dans le respect des biens et des personnes, trouver son espace de liberté, d'intimité et de convivialité.

LE SEJOUR

La durée d'hébergement est temporaire et indéterminée. Un contrat de séjour est signé dans un délai d'un mois maximum après votre entrée.

Dans le respect du principe de continuité de prise en charge, ce contrat fera l'objet d'un renouvellement tous les 6 mois maximum, dans l'attente d'une orientation vers un lieu plus adapté à votre situation.

Votre présence est également soumise à une demande de renouvellement de prise en charge « aide sociale Etat » tous les 6 mois.

LA REMISE DU BADGE

Il vous sera remis un badge à votre arrivée. Celui-ci vous donne accès à votre chambre ainsi qu'à la porte d'entrée, à l'ascenseur et aux sanitaires.

Nous vous demandons de fermer systématiquement la porte de votre chambre quand vous en sortez.

Les serrures et canons des portes ne peuvent être changés que par l'équipe technique de

Le double de votre badge vous sera facturé 20€ en cas de perte.

Une clé pour la boite aux lettres vous est aussi remise à votre arrivée. En cas de perte, le cout de remplacement vous sera facturé.

LA TENUE DU LOGEMENT

met à votre disposition un logement équipé et meublé que vous vous engagez à entretenir et préserver.

Dans l'intérêt de chacun, vous veillerez à :

- Vérifier à chaque départ l'extinction des lumières, des appareils ménagers et audiovisuels.
- Fermer les robinets.
- Baisser les radiateurs pendant le temps d'inoccupation du logement.
- Utiliser soigneusement les installations, le mobilier et le matériel mis à disposition.
- Entretenir son logement dans un état correct de propreté.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

- A défaut d'entretien du logement et ce malgré les injonctions éducatives, s'autorise à faire appel à une entreprise extérieure de nettoyage dont le coût de la prestation vous sera refacturée.
- Ne pas utiliser de chauffages d'appoint ni d'appareils à gaz pour des raisons de sécurité.
- Signaler tout problème de fonctionnement (panne, fuite...) dans les plus brefs délais auprès de l'équipe éducative.
- Ne pas effectuer des travaux dans votre logement sans l'accord du gestionnaire.
- Toute dégradation volontaire sera facturée.

En cas de nécessité grave ou urgente, se réserve le droit d'entrer dans votre logement.

Votre hébergement est meublé. Vous n'êtes pas habilité à y changer les meubles ni à y faire des aménagements.

LA TELEVISION

Une télévision est mise à votre disposition ainsi qu'une télécommande.

Cette prestation offerte peut-être suspendue ou supprimée si l'équipe éducative le juge nécessaire.

En cas de problèmes techniques (sur le téléviseur ou son support), il vous est demandé de vous rapprocher de l'équipe éducative.

LA LINGERIE

Deux kits de linge d'hôtellerie sont mis à votre disposition à votre arrivée.

Vous êtes responsable du lavage de votre linge personnel et du linge d'hôtellerie.

ENTREES ET SORTIES

Vous êtes libres de vos entrées et sorties durant la journée.

Après 22h, vous limiterez vos allers et venues et votre retour devra se faire dans le calme afin de respecter le sommeil d'autrui.

Afin de gérer et contrôler les flux des personnes extérieures à la résidence ainsi que pour garantir la sécurité du lieu et des personnes, la porte d'accès au bâtiment reste fermée.

Votre badge est programmé pour vous permettre un accès libre à la résidence de 7h à 22h.

En dehors de ces horaires, vous êtes tenus de sonner et d'en attendre l'ouverture.

LA VIE COLLECTIVE

Dans le souci de maintenir de bonnes relations de voisinage et dans la volonté d'un respect mutuel, vous veillerez à préserver la tranquillité et le calme de chacun, en évitant tout bruit excessif (volume des postes de radio ou de télévision, claquement de portes, manifestation de bruits à l'extérieur et dans les couloirs, ...).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

LES ESPACES COMMUNS ET LES ESPACES VERTS

Vous pouvez profiter des espaces verts et alentours au bâtiment moyennant quelques principes :

- Respecter les plantations et les espaces verts.
- Ne pas jeter de mégots, papiers et autres : des poubelles et cendriers sont à votre disposition.
- Pas de travaux mécaniques risquant de salir ou d'endommager le sol.
- Le dépôt d'objets est interdit.

LES ABSENCES

Pour toute absence de plus de deux nuits, vous êtes tenus d'informer l'équipe éducative.

Toute absence prolongée non signifiée pourrait entrainer une décision de fin d'hébergement.

LES VISITES ET L'HEBERGEMENT

Vous vous engagez à occuper personnellement les lieux sans héberger quiconque, que ce soit à titre gratuit ou onéreux.

- Vous pouvez recevoir la visite de personnes extérieures au CHRS entre 9h et 21h avec accord d'un membre de l'équipe éducative.
- L'accès au bâtiment par des mineurs non accompagnés d'un responsable légal n'est pas autorisé.
- Vous pouvez recevoir la visite de personnes hébergées en CHRS d'Insertion entre 7h et 22h.
- Les visites des personnes hébergées en CHRS de Stabilisation ne sont pas autorisées.
- L'accès au CHRS de Stabilisation (rez de chaussée, 1er et 2ème étage) ne vous est pas autorisé.
- Vous pouvez vous rendre à l'accueil pour prendre contact avec l'équipe éducative.

En cas de non-respect du règlement, les visites vous seront interdites.

LES MODALITES DE LA PARTICIPATION FINANCIERE

Toute personne intégrant le CHRS d'Insertion ayant des ressources doit participer aux frais d'hébergement. Il vous sera demandé une participation aux frais d'hébergement en fonction du montant d'Allocation Logement que vous allez réellement percevoir.

La facturation comprend

- Loyer : 305 € pour les T1, 355 € pour les T2
- Charges (électricité, eau, maintenance, frais généraux, assurances) : 30€
- Allocation Logement

Votre part à charge se situera donc entre 140 euros et 355 euros en fonction de vos ressources.

La participation est établie au prorata du temps effectivement passé dans la structure.

Cette participation est payable mensuellement à terme échu.
Le paiement doit être effectué par prélèvement automatique le 07 de chaque mois ou par défaut au plus tard le 10 de chaque mois au secrétariat du pôle hébergement.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

Le logement est assuré par l en tant que gestionnaire (incendie, dégâts des Eaux,....).

L'ABEJ souscrira également au nom de la personne une assurance multirisque habitation qui sera facturée à la personne hébergée (inclus dans les charges

LES ANIMAUX DOMESTIQUES

Les animaux domestiques peuvent être acceptés au sein de l'établissement sous autorisation du directeur.

Il faudra alors se conformer à un protocole d'accueil spécifique :

- Communication du nom d'une personne ressource à qui confier l'animal en cas de problème
- Vaccination antirabique valide
- Identification par tatouage ou transpondeur
- Assurance responsabilité pour les dommages causés au tiers
- Certificat vétérinaire de stérilisation définitive (1ère cat.)

Une fois dans l'enceinte de l'établissement, le chien doit être muselé et tenu en laisse.

En cas de problèmes liés à l'hygiène et aux nuisances sonores perturbant le collectif, se réserve le droit de vous demander de vous séparer de l'animal.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Vous pouvez sur simple demande auprès du Directeur de l'établissement accéder à votre dossier personnel. Celui-ci organisera avec votre référent ou un membre de l'équipe l'accès à votre dossier.

La loi du 4 août 2014 prévoit que « les personnels de CHRS sont tenus au secret professionnel. (...) Par dérogation (...), ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision. » Nous vous informons aussi que nous pouvons communiquer certaines informations vous concernant, avec votre accord, à des partenaires extérieurs à l'Association afin d'améliorer votre prise en charge au sein de notre CHRS.

LA SECURITE INCENDIE

En cas d'incendie, une alarme retentira. Des consignes de sécurité sont affichées sur votre porte de chambre.

LA VIDEOSURVEILLANCE

L'ensemble du bâtiment est sous vidéo surveillance. Le but de ces caméras qui se trouvent dans les espaces de circulation et les salles communes du rez-de-chaussée est avant tout préventif. Elles permettent par ailleurs aux responsables de faire des relectures vidéos (parfois à la demande des usagers) afin de déterminer les responsabilités en cas d'événement indésirable (vol, bagarre, dégradations...). Lorsqu'une relecture est effectuée, elle est consignée dans un registre afin de garantir un réel respect du droit à la vie privée des usagers.

Pour l'exercice du droit d'accès aux images, il faut vous adresser à , responsable sécurité au 03-66-19-10-00 (Loi n°95-73 du 21/01/95 et Décret n° 96-926 du 17/10/96).

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Vianney Schlegel, Université de Lille, 2019

LES SANCTIONS

Nous vous demandons de respecter toutes les personnes présentes au sein de la structure ainsi que le matériel et les locaux mis à votre disposition.

Ce règlement est un repère important. Il n'a cependant pas pour objectif d'envisager et de détailler toutes les situations particulières et individuelles.

Le directeur, en concertation avec le chef de service, l'équipe éducative et les partenaires extérieurs, se réserve le droit de demander à une personne de quitter l'établissement si cette dernière a commis des actes portant préjudice à l'intégrité physique et/ou morale des personnes dans le bâtiment.

Ce même droit sera utilisé pour des actes de dégradation volontaire du bâtiment.

Les motifs et les modalités de cette décision seront notifiés et explicités à la personne concernée par le directeur ou le chef de service.

En cas de troubles graves, il est fait appel aux forces de l'ordre.

RUPTURE DE LA PRISE EN CHARGE

La personne peut perdre le bénéfice de sa place si elle commet :

- Un acte portant préjudice à l'intégrité physique et/ou morale des personnes dans le bâtiment
- Un acte de dégradation volontaire du bâtiment.
- Non paiement de la participation financière sans raison valable

RETOUR DANS LE COLLECTIF

Pourra entraîner un retour dans le collectif :

- Le non-paiement de la participation financière
- Le refus réitéré et délibéré d'une proposition de relogement correspondant aux besoins et possibilités du résident.
- La dégradation de l'état général de la personne et/ou du logement.
- Problèmes avec le voisinage.

Je soussigné M. _____, certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter.

Lille, le /___/ /___/ /___/

Signature

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 4.4 : règlement de fonctionnement – service d'insertion, CHRS 2

CHRS

CONTRAT DE SEJOUR

Préambule :
Ce document inhérent à la loi de rénovation sociale du 2 janvier 2002 est régi part l'article L 311- 4 du Code de l'action sociale et des Familles.
Il est établit en fonction de la charte de l'usager, du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement.
Le présent contrat doit être signé dans le premier mois de votre arrivée et il précise nos engagements réciproques :

D'une part, Monsieur ..... né le / / .
Le cas échéant représenté légalement par Mr ou Mme .....

D'autre part, , le CHRS eprésenté par la directrice
et/ou, par délegation, le chef de service éducatif

Article 1 : Durée du séjour
Ce contrat est conclu pour une durée de 6 mois :
Du ..... au .....
En fonction de votre projet, une solution durable et adaptée devra vous être proposée dans ce délai.
Le cas échéant, un avenant pourra être signé. La période de cet avenant sera déterminée avec vous par votre référent et le chef de service éducatif.

Article 2 : Engagements réciproques
Au delà des engagements déclinés ci dessous, chaque personne doit être respectueuse des valeurs qui favorisent le bien vivre ensemble.

- ***Les engagements de l'établissement*** :

L'établissement s'engage à tout mettre en œuvre pour respecter et faire valoir les droits fondamentaux de chacun :

- Le principe de non discrimination,
- Le droit à une prise en charge et à un accompagnement adapté,
- Le droit à l'information,
- Le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne,
- Le droit à la renonciation,
- Le droit au respect des liens familiaux,
- Le droit à la protection,
- Le droit à l'autonomie,
- Le principe de prévention et de soutien,
- Le droit à l'exercice des droits civiques,
- Le droit à la pratique religieuse,
- Le respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Version du 17 juillet 2014 1

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

➢ ***Engagements de la personne accueillie :***

Vous vous engagez à respecter le règlement de fonctionnement et les termes du contrat de séjour.
D'autre part vous vous engagez à fournir tous les documents nécessaires à votre prise en charge (le cas échéant par l'intermédiaire de votre représentant légal) et reconnaissez avoir pris connaissance :

- ☐ Du livret d'accueil
- ☐ De la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- ☐ Du règlement de fonctionnement
- ☐ Du Conseil de Vie Sociale (CVS)
- ☐ De la liste des personnes qualifiées
- ☐ Du projet d'établissement consultable sur demande au secrétariat de direction.

Article 3 : Missions et prestations du service.

Les missions du service sont de vous accueillir, de vous héberger, de vous accompagner et vous soutenir dans la réalisation de votre Projet Personnel Individualisé (PPI).
Pour cela le service s'engage à mobiliser les prestations suivantes :

- **Prestations hôtelières**

L'établissement assume une partie des travaux d'entretien, la maintenance du bâtiment et le nettoyage de la literie.
L'établissement vous accueille dans des chambres aménagées pour 1 à 3 personnes selon les disponibilités à votre arrivée et dont vous en assurez l'entretien quotidiennement.
Il met à la disposition des personnes sans ressource un nécessaire de toilette.

- **Prestations de restauration collective**

L'établissement assure quotidiennement, via la société de restauration API, le service de trois repas aux horaires indiqués dans le règlement de fonctionnement.

- **Prestations d'action sociale**

L'établissement s'engage à vous accompagner et à ce titre une personne référente sera nommée lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe éducative afin de :

- ✓ Vous accompagner dans l'ouverture et le maintient de vos droits,
- ✓ Favoriser votre mieux être,
- ✓ Définir et réaliser avec vous un Projet Personnel Individualisé,
- ✓ Vous orienter vers des partenaires spécifiques dans le cadre d'un accompagnement individualisé,
- ✓ Maintenir et développer votre réseau,
- ✓ Vous faciliter l'accès à la culture, aux loisirs et à la citoyenneté.

- **Prestations de soins à l'interne**

Un membre de l'équipe unité mobile de santé mental) ainsi qu'un membre de l'équipe de ~~l'ANPAA~~ ont présents une demi journée par semaine pour vous accompagner. Vous pouvez vous rapprocher de votre référent pour prendre rendez-vous ou vous rendre directement aux permanences.

- **Prestations socioculturelles.**

L'équipe du CRAPS (Centre de Redynamisation par l'Activité Physique et Sportive) propose, 3 après midi par semaine, des activités sportives dont le but est de faciliter votre progression dans votre parcours individuel et professionnel.
Une coordinatrice socio culturelle et l'équipe éducative vous informent et vous accompagnent lors d'activités culturelles, sportives et de loisirs.
L'établissement met également en place des d'activités au sein du service d'hébergement.
Les prestations proposées sont développées dans le livret d'accueil.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Article 5 : Conditions d'hébergement.

➢ ***Les conditions d'accueil :***

Tout homme majeur peut être accueilli dans l'établissement de manière inconditionnelle et nul ne pourrait faire l'objet d'une discrimination en raison de son origine ethnique ou sociale, de son apparence physique, de son orientation sexuelle, de son handicap, de ses opinions et convictions notamment politiques ou religieuses. Cette tolérance doit se faire dans le respect de tous.

➢ ***Les conditions de séjour :***

Elles sont développées dans le règlement de fonctionnement.
Vous vous engagez à le respecter.

Article 6 : Projet personnel Individualisé.

La durée de ce contrat doit vous permettre de réalisé votre Projet Personnel Individualisé (PPI).
Le PPI est un document écrit avec vous.
Il reprend les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour concrétiser votre projet de vie. Votre référent vous aidera à le rendre objectif et réalisable.

Article 7 : Participation financière.

Le principe de la participation financière repose sur l'article R 345-7 du code de l'action sociale et des familles.
La participation financière mensuelle s'établit à hauteur de 30% de vos ressources. Il vous ait demandé de régler cette somme au plus tard le 10 de chaque mois ou de solliciter votre référent en cas de difficultés.
Le calcul s'applique sur la totalité des derniers revenus perçus. Il s'agit des rémunérations, allocations et prestations, sans déductions préalable. En sont exclues les aides de caractère facultatif (Fonds d'aide, prime de Noël). A votre admission, il est établi une fiche de situation financière à laquelle est agrafé un justificatif de vos ressources. Cette fiche de liaison est signée par le travailleur social et vous même avant d'être transmise au service de la comptabilité. A chaque changement de ressources, votre éducateur référent établi une nouvelle fiche de situation financière avec un justificatif actualisé de vos revenus.
Un minimum de ressources est laissé à votre disposition, à hauteur de 30% du RSA après acquittement de votre participation et déduction de vos dettes officielles et justifiées.

Article 8 : Résiliation.

● A votre initiative :
La résiliation de votre hébergement doit se faire par écrit à votre référent, qui pourra déterminer en lien avec le service comptable, les sommes dues où à vous devoir dans un délai de 24 heures.
● A l'initiative de l'établissement :
La résiliation de votre hébergement pourra être prononcée en cas non adhésion à l'accompagnement ou d'un manquement au respect du règlement de fonctionnement.
Cette résiliation vous sera notifié par écrit pas un membre de la direction qui dans un délai de 24 heures, vous communiquera les sommes dues ou à vous devoir.
Avant votre départ, votre chambre doit être nettoyée et un état des lieux de sortie effectué avec l'auxiliaire éducatif. Un questionnaire de satisfaction vous est remis que vous devez compléter et remettre l'accueil avec vos clefs.

Article 9 : Règlement des litiges.

En cas de litige avec l'établissement vous avez la possibilité de vous faire assister par un membre du conseil de vie sociale ou d'une personne qualifiée dont la liste vous a été remise à votre arrivée.

Etabli à Lille, le .....

Le résident
(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le Chef de service éducatif

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 5.1 : la fiche d'évaluation sociale

FICHE D'EVALUATION SOCIALE/SIAO DE L'ARRONDISSEMENT DE XXX

HEBERGEMENT ☐ **LOGEMENT ACCOMPAGNE** ☐

FICHE MENAGE				
LE DEMANDEUR				
Nom	**Nom de jeune fille :**			
Prénom				
Sexe	F ☐	M ☐		
Date de naissance		**Lieu :**		
Nationalité	F ☐	U.E ☐	U.E Transitoire ☐	Hors U.E ☐
Mme enceinte	OUI ☐ NON ☐	**Date du terme :**		
Téléphone				
Adresse mail	@			

LE CO-DEMANDEUR				
Nom	**Nom de jeune fille :**			
Prénom				
Sexe	F ☐	M ☐		
Date de naissance*		**Lieu :**		
Nationalité	F ☐	U.E ☐	U.E Transitoire ☐	Hors U.E ☐
Mme enceinte	OUI ☐ NON ☐	**Date du terme :**		
Téléphone				
Adresse mail	@			

Informations supplémentaires		
	DEMANDEUR	**CO-DEMANDEUR**
Victime de violence	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Présence d'un animal	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Personne avec des problèmes de mobilité	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Personne nécessitant des soins	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

HOMME SEUL	☐	**FEMME SEULE**	☐
COUPLE SANS ENFANT	☐	**COUPLE AVEC ENFANT(S)**	☐
HOMME AVEC ENFANT(S)	☐	**FEMME AVEC ENFANT(S)**	☐

1
Version du 08/07/2015

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

LES ENFANTS					
	Nom	**Prénom**	**Sexe**	**Date de Naissance**	**Situation (à charge, droit de visite ou d'hébergement, placement, scolarité)**
1			F☐ M☐		
2			F☐ M☐		
3			F☐ M☐		
4			F☐ M☐		
5			F☐ M☐		
6			F☐ M☐		
7			F☐ M☐		
8			F☐ M☐		
9			F☐ M☐		
10			F☐ M☐		

SITUATION RESIDENTIELLE			
Rue (sans aucune solution)	☐	Hébergement urgence/stabilisation	☐
Hébergement chez un tiers	☐	Hébergement insertion	☐
Logement autonome bailleur public	☐	Hospitalisation/incarcération	☐
Logement autonome bailleur privé	☐	Abri de fortune (caravane, squat…)	☐
Logement accompagné	☐	Autre	☐
Précisions éventuelles :			

RAISON PRINCIPALE DE LA SITUATION D'URGENCE SOCIALE (2 maximum)			
Chômage	☐	Violence familiale	☐
Décès d'un proche	☐	Violence conjugale	☐
Départ du département d'origine	☐	Violence autre	☐
Départ du pays d'origine	☐	Rupture familiale	☐
Fin de prise en charge ASE (jeune majeur)	☐	Rupture conjugale	☐
Intermittent de la rue (SDF)	☐	Décohabitation	☐
Sortie cure, postcure	☐	Expulsion légale	☐
Sortie hébergement	☐	Expulsion illégale	☐
Sortie hôpital	☐	Perte de logement liée à l'insalubrité	☐
Fin d'accueil Cons. Gal (Centre Maternel)	☐	Info non renseignée	☐
Refus de répondre	☐	Autre	☐
Précisions éventuelles :			

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

SITUATION SOCIALE ET ADMINISTRATIVE				
LE DEMANDEUR				
Si hors U.E ou Transitoire :	Nature du titre de séjour :			
	Date de validité :			
Demande D'asile	Convoc. Préf. ☐	Date du rdv :		Précision : En cours ☐ Recours ☐ Débouté ☐ Réadmission ☐
	Classique ☐	Prioritaire ☐	Dublin ☐	
Justificatif d'identité	OUI ☐ NON ☐	Type :		
Adresse/Domiciliation				

LE CO-DEMANDEUR				
Si hors U.E ou Transitoire :	Nature du titre de séjour :			
	Date de validité :			
Demande D'asile	Convoc. Préf. ☐	Date du rdv :		Précision : En cours ☐ Recours ☐ Débouté ☐ Réadmission ☐
	Classique ☐	Dublin ☐	Prioritaire ☐	
Justificatif d'identité	OUI ☐ NON ☐	Type :		
Adresse/Domiciliation				

SANTE						
	DEMANDEUR			**CO-DEMANDEUR**		
Couverture médicale	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐
Mutuelle	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐
CMU	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐
CMU C ou Aide Cpltaire Santé	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐
Aide Médicale d'Etat	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐	OUI ☐	NON ☐	En cours ☐
Suivi médical en cours	OUI ☐	NON ☐		OUI ☐	NON ☐	

REFERENTS SOCIAUX		
Service et/ou Association :	Service et/ou Association :	Service et/ou Association :
Nom du Référent :	Nom du Référent :	Nom du Référent :
Coordonnées	**Coordonnées**	**Coordonnées**
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Email :	Email :	Email :

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

SITUATION PROFESSIONNELLE		
AUTORISATION DE TRAVAIL	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
SALARIE	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
INDEPENDANT	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
EN FORMATION	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
DEMANDEUR D'EMPLOI	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
RETRAITE	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
SANS ACTIVITE	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

RESSOURCES FINANCIERES					
DEMANDEUR			**CO-DEMANDEUR**		
Revenus		**Montant**	**Revenus**		**Montant**
Salaire	☐		Salaire	☐	
Prestations Familiales	☐		Prestations Familiales	☐	
Prestations Pôle Emploi *Nature :*	☐		Prestations Pôle Emploi *Nature :*	☐	
RSA	☐		RSA	☐	
AAH	☐		AAH	☐	
Autre :	☐		Autre :	☐	
Amase :	☐		Amase :	☐	
TOTAL :			TOTAL :		

ENDETTEMENT		
	DEMANDEUR	**CO-DEMANDEUR**
Dettes	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Dossier de surendettement	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Date de dépôt du dossier		

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

EVALUATION DE LA DEMANDE DE LA PERSONNE OU DU MENAGE, MISE EN LIEN AVEC LES POSSIBILITES D'ORIENTATION – AUTRES PRECISIONS A PRENDRE EN COMPTE POUR L'ORIENTATION

Parcours du ménage/points forts de l'accompagnement à mettre en place/capacités et centres d'intérêt du ménage/Projets à long terme/parcours logement et hébergement
Commentaires du travailleur social pour accueillir et accompagner le ménage

5
Version du 08/07/2015

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

EVALUATION REALISEE PAR :		
XXX ☐	VERSANT NORD-EST ☐	HORS ARRONDISSEMENT ☐

Service et/ou Association :

Nom et Fonction du Prescripteur :

Coordonnées

Adresse :

Tél. :

Email :

DAHO - Droit A l'Hébergement Opposable	OUI ☐ NON ☐
DALO requalifié DAHO	OUI ☐ NON ☐
PDALPD – Le ménage est inscrit sur les listes PDALPD ou SYPLO	OUI ☐ NON ☐
Expérience logement : OUI ☐ NON ☐	

Demande de logement auprès du parc public	OUI ☐ NON ☐
	Active ☐ Radiée ☐
Date d'enregistrement de la demande :	
N° unique départemental :	

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

PRECONISATIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Capacité à accéder à

☐ Logement capté
☐ Logement de droit commun
☐ Logement capté en intermédiation

Dans le cadre d'une orientation directe SIAO (2 propositions maximum)

☐ hébergement d'urgence
☐ CHRS Collectif
☐ CHRS diffus (nécessite d'être autonome)
☐ HU ALT (nécessite d'être autonome)

Procédure spécifique LOGEMENT ACCOMPAGNE

☐ Foyer de Travailleur Migrant
☐ Pension de Famille
☐ Résidence Sociale
☐ Foyer Jeune Travailleur
☐ ALT Parcours de Femme

Pour les demandes HU ALT et CHRS Diffus, dans l'attente d'une proposition, la personne accepte-t-elle la collectivité ? ☐ NON ☐ OUI

STRUCTURE PRECONISEE :

Obligation d'éloignement	Secteur à exclure : Motif :	☐
Obligation de proximité	Secteur à prendre en compte : Motif :	☐

HORS ARRONDISSEMENT DE XXX ACCEPTE :

OUI ☐ **NON** ☐

Date de l'inscription SIAO:

7
Version du 08/07/2015

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Date de rédaction:	**Réactualisation n°:**
Ville actuelle du ménage en demande :	
Transmission (Merci de préférer l'email) : FAX ☐ EMAIL ☐	

Signature et cachet de l'instructeur :	**Signature du demandeur :** **J'accepte que ce document soit communiqué à des travailleurs sociaux afin de me proposer une orientation adaptée** ☐

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 5.2 : fiche de signalement des évènements indésirables

Coordination des équipes mobiles

Signalement au [redacted] d'un évènement indésirable

Identité de l'association (nom, adresse administrative, téléphone)	
Coordonnée de la personne signalant l'événement (nom, prénom, téléphone, mail)	
Date de l'émission	……/……/……
Coordonnée du dispositif de soin concerné	
CONTENU DU SIGNALEMENT	
Date et heure de l'évènement indésirable	……/……/…… à ……H……
Contexte situationnel (précisez le lieu, adresse précise) :	
Énoncé des faits :	

Signalement à transmettre par mail à [redacted]

Retour sur le signalement proposé par l'infirmier de [redacted]

[redacted]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Date du retour……/……/……

Suite donnée au signalement :

- □ Possibilité de ré accueil
- □ Réorientation vers service compétent
- □ Autre
- □ Aucune, transmission au [redacted] le ……/……/……

Commentaires :

Raisons évoquées par la structure concernée :

- □ La personne ne relève pas de leur dispositif
- □ Erreur d'appréciation dans le déroulement de la situation
- □ Dysfonctionnement réel de la part du dispositif
- □ Incompatibilité de la problématique avec le fonctionnement du dispositif
- □ Autre (précisez) :

Pistes d'amélioration apportées par la structure:

[redacted]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 5.3 : fiche de liaison veille sociale-EMPP

7 X OK

EQUIPE MOBILE DE SANTE MENTALE ET PRECARITE

FICHE DE SIGNALEMENT.

Signalement du : 115

Origine : SAMU ☐ Travail de rue ☐ 115 ☒ Dalo ☐

Rencontre : Oui ☐ Sans objet ☐ Investigation impossible ☐

Orientation : Psychiatrie ☐ Addictologie ☐ Neurologie ☐ Autre ☐

Nom : _____ Nom de jeune fille _____

Prénom : _____ Date de naissance 16 02 1965 Sexe : F ☐ M ☒

Nationalité : Sierra Léone Secteur psychiatrique 59 G .....

Date	Nom De l'intervenant	Lieu	Code	Enregistré.

Version du 19 septembre 2012.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

N. est connu du 115 depuis le 14 08 2010.
Du fait de la situation administrative précaire, N. alterne de longs séjours à la rue et quelques orientations de une semaine sur l'

Le mardi 9/10 N. est orienté sur le foyer à la Madeleine pour une semaine. Mercredi matin, la cadre de la structure nous appelle pour signifier que N. est interdit suite à son comportement agressif.

Il est vrai que l'équipe du 115 a remarqué lors de ses appels une posture plus radicale entre pugnacité et acerbité, avec comme à son habitude de multiple appels à toute heure de la journée et de la soirée pour connaître les disponibilités d'hébergement.

A noter, que selon l'écoutant qui décroche N. adoptera un comportement différent.

Serait-il possible d'envisager une rencontre avec N. afin de refaire le point sur la situation ?

115

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 5.4 : fiche de liaison veille sociale-EMPP (bis)

13 OK

EQUIPE MOBILE DE SANTE MENTALE ET PRECARITE

FICHE DE SIGNALEMENT.

Signalement du : 13/11/12

Origine : SAMU ☒ Travail de rue ☐ 115 ☐ DALO ☐ Autre ☐

Rencontre Investigation impossible ☐

Orientation : Psychiatrie ☒ Addictologie ☐ Neurologie ☐ Autre ☐ Sans objet ☐ Somatique ☐

Nom : H. _____ Nom de jeune fille _____

Prénom : S. _____ Date de naissance 26/3/92 Sexe : F ☒ M ☐

Nationalité : Française Secteur psychiatrique 59 G .....

Mesure de protection : Curatelle ☐ tutelle ☐ Aucune ☐

observations.

Délire apparent : oui ☐ non ☐

Propos incohérents : oui ☒ non ☐

Prostration : oui ☐ non ☐

Voyage patho : oui ☐ non ☐

Autre : _____

Code CIM: _____

Date	Nom De l'intervenant	Lieu	Code	Enregistré.

Version du 8 octobre 2012.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Mlle dit avoir été victime de viol mais l'attestation de son médecin traitant ne note pas de trace de viol dans son attestation (Docteur - Tourcoing) mais relate la parole de Mlle.
Mlle dit avoir été à l'hopital mais n'a aucune attestation.
Mlle se rend au . et serait venue de bonne foi.
Mlle est attente d'AAH et serait à la rue suite à une séparation conjugale.

Est-il possible d'avoir un retour sur le suivi psy de Mlle?

mme aurait été suivi par mme (service psy) sur Tourcoing
prenait de l'atarax.

était en foyer à Tourcoing, attend des nouvelles de son ancienne référente mme, apparemment Mlle serait également déficiente (un dossier MDPH serait en cour

© 2019 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Annexe 6.1 : fiche de signalement des situations particulièrement préoccupantes (vierge)

FICHE NAVETTE – SITUATION PARTICULIEREMENT PREOCCUPANTE

Initiales et date de naissance du demandeur principal :				
DATE DE TRANSMISSION :				
SERVICE SIGNALANT	☐ 115	☐ Equipes Mobiles	☐ DAHO	☐ SIAO

☐ Violence/ abus de faiblesse	☐ Handicap mental	☐ Handicap physique	☐ Grossesse de + de 6 mois	☐ Enfant(s) de – de 3 ans	☐ + de 70 ans	☐ Etat de santé général

Composition familiale, état civil et résumé de la situation initiale

Situation administrative (couverture/droits sociaux, ressources, droit au séjour, SIAO…)

Coordonnées partenaires			

A Faire

Date de demande hors secteur :	Date de transmission DDCS :

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES		
Date	Service	Commentaires

[redacted]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 6.2 : signalement d'une femme isolée en raison de sa santé, réponse positive

FICHE NAVETTE – SITUATION PARTICULIEREMENT PREOCCUPANTE

Initiales et date de naissance du demandeur principal : DN 24.02.1968

DATE DE TRANSMISSION : 07/11/2013

SERVICE SIGNALANT	☐ 115	☒ Equipes Mobiles	☐ DAHO	☐ SIAO

☐ Violence/ abus de faiblesse ☐ Handicap mental ☐ Handicap physique ☐ Grossesse de + de 6 mois ☐ Enfant(s) de – de 3 ans ☐ + de 70 ans ☒ Etat de santé général

Composition familiale, état civil et résumé de la situation initiale

A la rue depuis de nombreuses années. Séparée depuis peu de son compagnon, Mme engage aujourd'hui des démarches de soin en addictologie.

Situation administrative (couverture/droits sociaux, ressources, droit au séjour, SIAO…)

Mme perçoit l'AAH.

CMU OK

Siao effectué le 27/10/2011

Coordonnées partenaires

EPSM Lommelet Mme COURTAIN	FARE Sabine	Samu social	

A Faire

Accompagnement projet d'hospitalisation

Date de demande hors secteur :	Date de transmission DDCS : 7/11/2013

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

Date	Service	Commentaires

[redacted]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 6.3 : signalement d'un ménage avec enfant de moins de 3 ans, réponse négative

FICHE NAVETTE – SITUATION PARTICULIEREMENT PREOCCUPANTE

Initiales et date de naissance du demandeur principal : [redacted] **09.09.1981**

DATE DE TRANSMISSION : 24/07/2015

SERVICE SIGNALANT	☒ 115	☐ Equipes Mobiles	☐ DAHO	☐ SIAO

☐ Violence/ abus de faiblesse ☐ Handicap mental ☐ Handicap physique ☐ Grossesse de + de 6 mois ☒ Enfant(s) de – de 3 ans ☐ + de 70 ans ☒ Etat de santé général

Composition familiale, état civil et résumé de la situation initiale

La famille est composée d'un couple et d'un enfant d'un an. Ils sont arrivés d'Algérie dans le but de réaliser un diagnostic santé pour leur enfant. Celui-ci a été hospitalisé depuis début juin à Roubaix, puis transféré au CHRU de Lille le 04/07/2015. L'enfant a une pathologie lourde qui demande des soins de haute technicité et la présence d'une infirmière le matin et le soir. Par ailleurs, Mme nous indique qu'elle est en début de grossesse. Mr et Mme sont hébergés temporairement à la Maison parentale de Jeanne de Flandres le temps de l'apprentissage de gestion des soins, suite à quoi ils se retrouveront sans solution.

Situation administrative (couverture/droits sociaux, ressources, droit au séjour, SIAO…)

La famille bénéficie pour l'enfant d'un accord d'Aide Médicale d'Etat. Ils avaient un visa touristique valable jusqu'au 05/07/2015. Ils vont commencer les démarches pour une demande de Titre de séjour pour soins.

Coordonnées partenaires

Orientation vers AIDA le 24/07/2015	AS du service pédiatrie CHRU de Lille – [redacted] + [redacted] durant ses congés.	PMI de Lille	

A Faire

Date de demande hors secteur :	**Date de transmission DDCS : 29/07/2015**

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

Date	Service	Commentaires
24/07/2015	115	[redacted] a été informé ce jour de la situation Pas de possibilité LHSS car le malade est mineur
31/07/2015	CSE	Le CHRU n'indique pas de date de sortie pour le moment. Les parents doivent apprendre à prendre en charge les soins de leur enfant pour sortir dans de bonnes conditions. Un rdv entre CHRU, famille et association "Artistes Solidaires" aura lieu lundi 3.08.15 pour envisager les suites possibles. Nous attendons les conclusions de cette rencontre pour refaire le point.
7/08/2015	CSE	Pas de nouveau contact ni avec la famille, ni avec le CHRU.
15/09/2015	CSE	L'enfant est tjrs hospi, ses parents toujours accueillis à la maison familiale de J de F. Prise en compte de la demande dans le cadre du SIAO et de la VS si besoin.
18/09/2015	CSE-SIAO	Transmission à la DDCS du signalement communiqué par le RSSLM.
03/11/2015	CSE	Pas de réponse de la DDCS. La famille toujours en demande. Clôture du signalement, sans solution.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 6.4 : signalement d'un homme isolé pour sa santé et son âge, réponse positive

FICHE NAVETTE – SITUATION PARTICULIEREMENT PREOCCUPANTE

Nom Prénom et date de naissance du demandeur principal : [redacted] **31/12/1937**

DATE DE TRANSMISSION : 26/02/2016

SERVICE SIGNALANT	☐ 115	☒ Equipes Mobiles	☐ DAHO	☐ SIAO

☐ Violence/ abus de faiblesse	☐ Handicap mental	☐ Handicap physique	☐ Grossesse de + de 6 mois	☐ Enfant(s) de – de 3 ans	☒ + de 70 ans	☒ Etat de santé général

☒ **Le ménage souhaite que les informations contenues dans ce document soient transmises à la DDCS en vue d'obtenir une solution d'hébergement**

Composition familiale, état civil et résumé de la situation initiale

Homme seul
1 adulte(s) et 0 enfant(s).
Hors UE
Raison principale de situation d'urgence sociale : Sortie d'hôpital général

Situation administrative (couverture/droits sociaux, ressources, droit au séjour, SIAO…)

Papier : Passeport Algérien
Titre de séjour : Non. M. a RDV à la Cimade mardi 02/03 pour info pour bénéficier de la Nationalité Française.
Couverture Sociale : Non
Nature des ressources : Autre, 100 €

Observations

M. [redacted]ADER (31/12/1937) est de nationalité Algérienne.
Il a sollicité les services du 115 pour la première fois le 11/01/2016 lors d'une hospitalisation au CHR. Il a rappelé quelques fois courant du mois de janvier. A cette époque M. bénéficiait d'un hébergement chez un tiers. Le 18/02, cet hébergement n'étant plus possible M. à sollicité le 115, et a pu bénéficier d'un hébergement à Capharnaüm. C'est à ce moment là que M. a rencontré les équipes mobiles pour la première fois.
Au niveau familiale M. dit être veuf depuis 2006. Les enfants de M. sont en Algérie et en Allemagne. M. dit ne pas vouloir s'installer chez ses enfants, ne pas vouloir les déranger. Mr exprime le fait de se sentir isolé en Algérie.
M. explique être arrivé en France le 20/11. Il a été hospitalisé au CHR sur une durée de plusieurs semaines puis est reparti an Algérie jusqu'au 09/01.
Le projet de M. est de tenter de demander la Nationalité française, en effet M. a un document résultant d'un jugement en Algérie datant de 1950. M. pense que ce papier peut lui permettre d'avoir la nationalité Française. M. à Rendez-vous à la Cimade prochainement.

[redacted]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Au cas où cette possibilité ne serait pas envisageable, M. souhaiterait demander un titre de séjour pour soin.
M. a été hospitalisé suite à un malaise dans une mosquée. Il avait contracté une assurance de voyage cependant elle n'a pas fonctionné, la raison étant que M. aurait du déclarer son hospitalisation à l'assurance dans un délai d'un mois après son premier jour d'hospitalisation, chose qui n'a été faite ni par M. ni par le service des Assistants sociaux de l'hôpital.
M. est domicilié à l'ABEJ Soli. Semble perdu au niveau des démarches, il sollicite beaucoup de services différents, a des difficultés à comprendre les procédures.
Actuellement sur Capharnaüm en urgence, **mais le 05/03 M. sera sans solution**. SIAO date du 22/02.

Coordonnées partenaires			
SAMU Social [redacted]	Assistante Sociale du CHRU, Mme [redacted]		

Date d'inscription SIAO : 22/02/2016	**Date de toute première demande : 13/01/2016**
Date de demande hors secteur :	**Date de transmission DDCS :**

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

Date	Service	Commentaires
26/02/2016	SIAO	Au regard de l'inscription SIAO de Mr, une orientation vers un hébergement pérenne ne peut être validée. L'âge avancé ainsi sa situation administrative actuelle seront notamment un frein à considérer pour un accès à l'hébergement de droit commun.

[redacted]

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 7.1 : les références scientifiques d'un éducateur spécialisé

On reproduit ci-dessous la bibliographie d'un mémoire de fin d'études réalisé par un éducateur spécialisé en formation. S'il s'agit d'un seul exemple, il suggère la diffusion des références des champs psychologiques, psychanalytiques et psychiatriques dans le secteur du travail social. On y retrouve les noms d'acteurs dont on a souligné le rôle dans la formation de la juridiction pluridisciplinaire de prise en charge des sans-domicile : Declerck, Furtos, Martin, Mercuel, Quesmand-Zucca. Les sociologues – Paugam, Simmel – sont très minoritaires.

Titre du mémoire : *Quel accompagnement pour les grands précaires ?*

CYRULNIK, Boris et SERON, Claude (dir.), *La Résilience, ou comment renaître de sa souffrance ?* Paris, Fabert, 2003

DECLERCK, Patrick, *Les Naufragés – Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

DE SAINT-EXUPÉRY, Antoine, (1943) *Le petit prince*, Paris, Gallimard jeunesse, 1951.

FURTOS, Jean, *De la précarité à l'auto-exclusion, Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'.* Paris, Éditions Rue d'Ulm 2009.

FUSTIER, Paul, *Les corridors du quotidien,* Paris, Dunod, 2008.

FUSTIER, Paul, « L'interstitiel et la fabrique de l'équipe », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°14, 2012/2, p.93.

HERMANT, Emilie, *Clinique de l'infortune, la psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Paris, Le Seuil, 2004.

LACROIX, André, *Des rues et des hommes, Les SDF : une question de société,* Paris, Dunod, 2006.

LEVI, Primo, (1947) *Si c'est un homme,* trad. M. Schruoffeneger, Paris, Pocket, 1987.

MARTIN, Jean-Pierre, *La rue des précaires, Soins psychiques et précarités*, Toulouse, Ed. Erès, 2011.

MERCUEL, Alain, *Souffrance psychique des sans-abri, vivre ou survivre*, Paris, Odile Jacob, 2012.

PAUGAM, Serge, *Le lien social,* Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », 2008.

QUESEMAND-ZUCCA, Sylvie, *Je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation*, Ed. Stock, 2007.

SIMMEL, George, *Les pauvres,* Paris, PUF, 1998.

TREMBLAY, Luc, *La relation d'aide, Développer des compétences pour mieux aider,* Lyon, Chronique Sociale, 2001.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Annexe 7.2 : les temps de formations (réseau santé précarité et SIAO)

Formations éclair (Réseau santé-précarité)			
Date	**Thématique (intitulé)**	**Lieu**	**Intervenant-e-s**
07-mars-19	Secret partagé et éthique	Hôpital	Juriste hospitalière
24-janv-19	Le trouble de stress post-traumatique	Hôpital	Psychiatre et pédopsychiatre
06-déc-18	Espoir : mode d'emploi (prévention du suicide)	Hôpital	Psychiatre
15-nov-18	La prise en charge en addictologie	EPSM	Psychiatre-addictologue
20-sept-19	Communiquer avec conscience et bienveillance, mairie	Mairie	Experte en communication
07-juin-18	L'entretien motivationnel	Hôpital	Psychologue-addictologue
19-avr-18	Les dispositifs médico-sociaux : LHSS LAM, SSIAD, ACT.	EPSM	Infirmières et cadre de santé
22-mars-18	La dépression post-natale	EPSM	Pédopsychiatre
08-févr-18	La prise en charge des personnes âgées : que regarder et qui fait quoi ?	Hôpital	Médecin gériatre
11-janv-18	Le titre de séjour pour soins	Hôpital	OFII
05-oct-17	Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD)	Mairie	2 cadres du travail social
18-mai-17	L'offre de soins en psychiatrie	Mairie	Psychiatre
27-avr-17	Mieux appréhender la psychopathologie	Mairie	Psychiatre
16-mars-17	Tenir compte de l'impact des psycho-traumatismes	?	?
12-janv-17	Le droit des étrangers	Mairie	Avocate
08-déc-16	La PUMA, protection universelle maladie	Hôpital	CPAM
03-nov-16	Les services des urgences	Hôpital	Personnels hospitaliers
04-oct-16	La prise en charge des mutilations sexuelles féminines	Mairie	Médecin-gynécologue
22-sept-16	Les missions du service prévention santé	Mairie	Responsable municipal
16-juin-16	Le syndrôme de Korsakoff et les troubles cognitifs liés à l'alcool	Mairie	Neuropsychologue et psychologue
26-janv-16	La méthode de validation de Naomie Feil	?	Experte en communication
26-nov-15	Protection de l'enfance et grande précarité	?	?
06-oct-15	Mieux appréhender les pathologies psychiatriques	Hôpital	Psychiatre
09-juin-15	Les thérapies brèves	Mairie	Médecin Addictologue
14-avr-15	L'entretien motivationnel	Mairie	Psychologue
26-mars-15	La réduction des risques auprès des personnes en situation de grande précarité	Hôpital	Médecin Généraliste
19-févr-15	Comment créer un lien de confiance auprès des personnes en situation de précarité ?	Hôpital	?
27-janv-15	Stress, émotions, et travail social	Mairie	?

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Commissions thématiques (SIAO)			
Date	**Thématique**	**Lieu**	**Intervenant-e-s**
24-mai-17	Le non-recours aux soins	EPSM*	Coordinatrice du RSPL et travailleuse sociale
02 mars-17	Addicto	EPSM	Travailleurs sociaux
02-févr-17	La continuité de l'hébergement : réorientations, échanges	EPSM	Travailleurs sociaux
11-janv-17	Les droits des étrangers	Accueil de jour	Travailleurs sociaux
15-déc-16	Les demandes de régularisation et les parcours d'insertion	Accueil de jour	Travailleurs sociaux
17-nov-16	Le progiciel de l'hébergement	CHRS	Coordinatrice du SIAO
19-oct-16	L'autonomie des ménages pour l'accès au logement	EPSM	Coordinatrice SIAO - logement accompagné
09-juin-16	Les auteurs de violences sexuelles. Formation liée aux représentations sociales	EPSM	Unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles
28-janv-16	Les droits des étrangers, la mixité sociale en hébergement	Accueil de jour	Travailleurs sociaux
03-déc-15	Point de fonctionnement et rappel des procédures	Locaux du SIAO	Coordinatrice du SIAO
17-nov-15	L'équilibre des structures d'hébergement	Accueil de nuit	Coordinatrice et travailleurs sociaux du SIAO
05-nov-15	« C'est quoi un grand marginal ? »	Accueil de nuit	Coordinatrice et travail collectif
29-oct-15	Le droit des ressortissants de l'UE (pays de l'Est)	CHRS	Travailleurs sociaux
08-oct-15	L'accès à l'hébergement pour les personnes en demande d'asile	Accueil de jour	Travailleurs sociaux
10-sept-15	L'accès à l'hébergement pour les personnes toxicomanes	Accueil de jour	Travailleurs sociaux
02-avr-15	Addicto	Accueil de jour	Travailleurs sociaux

* La tenue de commissions au sein d'un EPSM s'explique par le fait que les locaux du SIAO s'y trouvent depuis l'automne 2016.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Jason Little, *Borb*. Aaarg ! Éditions, Marseille, 2015.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Résumé

Alors que le nombre de personnes sans-domicile n'a cessé d'augmenter depuis les années 1980, la « question SDF » a fait l'objet d'une réponse sociopolitique de plus en plus spécialisée. Afin d'analyser cette réponse, la thèse étudie la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile en France. Elle s'appuie sur une enquête ethnographique et par entretiens (n=77) réalisée dans divers dispositifs d'accompagnement et de soins : accueil de jour, centre de santé, dispositifs de veille sociale et sanitaire, hébergements médicalisés ou non, réunions et commissions partenariales. Des sources statistiques et archivistiques complètent l'analyse. L'étude restitue d'abord le rôle déterminant des professionnels de santé dans la formation d'un espace pluridisciplinaire et spécialisé de prise en charge. Elle se focalise ensuite sur le quotidien du travail d'accompagnement et de soin : à travers une division du travail originale, travailleurs sociaux et professionnels de santé sont engagés dans des relations de coopération et de concurrence pour répondre aux problèmes qu'ils ont à traiter. L'analyse se concentre finalement sur les modalités de régulation et d'harmonisation des pratiques et des représentations professionnelles. La formation d'une culture professionnelle commune facilite les échanges et les passages de relais entre professionnels, tout en réaffirmant les domaines de compétences de chacun. Inscrite au croisement de la sociologie des groupes professionnels et de la sociologie des politiques sociales, la thèse montre la multiplicité des mécanismes et des processus à l'œuvre dans la professionnalisation de la prise en charge des sans-domicile. Celle-ci forme une juridiction partagée entre les professionnels du travail social et de la santé qui luttent, coopèrent et se coordonnent selon des modalités et des temporalités diverses pour prendre en charge la question SDF.

Mots-clefs : question SDF – professionnalisation – médicalisation – travail social – travail médical – travail paramédical – juridiction partagée – action médico-sociale.

Summary

While the number of homeless people keeps rising, homelessness has been tackled as a specific issue since the 1980's. In order to study the political response that has been drawn to solve it, this dissertation analyses the professionalization of health and social care to the homeless in France. It relies on an ethnographical inquiry within various medical and social institutions, which is completed with statistical and archival materials as well as interviews (n=77). The dissertation first details the making of a multidisciplinary field addressing the issue of homelessness. It highlights the specific role of health professionals in the making and development of such a field. The study then focuses on the day-to-day medical and social work that takes place within dedicated institutions. Through a specific division of labor, medical and social workers are involved in relations of both cooperation and competition in order to solve the problems that they face. Eventually, the study addresses the issue of regulation and harmonization of professional practices and representations. Such processes depend on the making and diffusion of a common professional culture which both facilitates the exchanges between professionals and reminds them of the limits of their own expertise. Drawing on the sociology of professional groups and the sociology of social policies, this dissertation highlights the various mechanisms and processes that participate in the professionalization of health and social care to the homeless. Homelessness forms a shared jurisdiction within which social and medical workers cooperate, coordinate and compete through various ways and temporalities.

Keywords: homelessness; professionalization; medicalization; social work; medical work; paramedical work; shared jurisdiction; health and social care.

© 2019 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr