Le souci des patients sans abri

Gabriel Uribelarrea

▶ **To cite this version:**

Gabriel Uribelarrea. Le souci des patients sans abri. Sociologie. Université de Lyon; Université Jean Monnet; Centre Max Weber, 2020. Français. ⟨NNT : 2020LYSES012⟩. ⟨tel-04754162⟩

HAL Id: tel-04754162

https://shs.hal.science/tel-04754162v1

Submitted on 25 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL Authorization

N°d'ordre NNT : 2020LYSES012

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON
opérée au sein de
Université Jean Monnet – Saint-Étienne

Ecole Doctorale N° 483
École Doctorale Sciences Sociales

Spécialité / discipline de doctorat : Sociologie

Soutenue publiquement le 15/06/2020, par :
Gabriel Uribelarrea

Le souci des patients sans abri. Enquêter sur la relation de soin entre le monde médical et le monde de l'assistance

---

Devant le jury composé de :

Ravon, Bertrand, Professeur de sociologie, Université Lumière Lyon II, Président

Bessin, Marc, Directeur de recherche, CNRS, Rapporteur
Weber, Florence, Professeure de sociologie, École Normale Supérieure, Rapporteure
Bidet, Alexandra, Chargée de recherche, CNRS, Examinatrice
Gardella, Édouard, Chargé de recherche, CNRS, Examinateur

Pichon, Pascale, Professeure de sociologie, Université Jean Monnet, Directrice de thèse

« C’est dans les tentures qu’il peut loger le plus d’êtres »,
Henri Michaux, « Conseils aux malades », *La nuit remue*.

Remerciements

Écrire les remerciements a longtemps constitué un horizon, le moment qui marquerait la fin de la rédaction de cette thèse. Après l'épreuve quasiment solitaire des dernières semaines d'écriture, voici enfin le moment d'ouvrir et de réinscrire ce travail dans les collectifs sans lesquels il n'aurait pu être mené.

Je remercie en premier lieu ma directrice de thèse, Pascale Pichon, de m'avoir accompagné toutes ces années avec exigence et bienveillance. Il m'est impossible de résumer en quelques lignes toutes les choses que j'ai apprises à ses côtés. J'en mentionnerai quelques-unes, qui ont une grande valeur à mes yeux. Tout d'abord son goût de l'enquête fut communicatif. Son enthousiasme pour le travail de terrain m'a poussé à expérimenter des manières d'enquêter qui m'étaient inconnues et son souci de toujours décrire avec précision et justesse les situations m'a guidé et continuera de me guider dans mes écrits. Je la remercie de m'avoir socialisé au monde de l'enseignement et de la recherche, de m'avoir poussé à m'impliquer activement dans l'organisation d'un colloque international et dans l'animation d'un séminaire. Enfin, nos discussions et ses relectures minutieuses ont été indispensables à toutes les étapes de cette recherche.

Je tiens à remercier Marc Bessin, Alexandra Bidet, Édouard Gardella, Bertrand Ravon et Florence Weber pour avoir accepté d'être dans mon jury de soutenance. Je suis ravi de bénéficier de leurs retours et impatient d'engager ou de prolonger des échanges sur ce travail.

Cette thèse repose sur un travail de terrain engagé en 2013. Je suis reconnaissant envers toutes les personnes rencontrées qui, de différentes façons, ont contribué à ce travail. Plus particulièrement, je tiens à remercier les membres de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital pour m'avoir accueilli, au sens fort du terme, dans une période si difficile de la vie de ce dispositif. Un grand merci à Laurence Baligand qui a favorisé mon entrée à la Villa d'Hestia. Nos échanges et sa motivation à faire dialoguer la sociologie avec les pratiques des professionnels ont considérablement enrichi mon enquête. Je remercie également toute l'équipe de la Villa d'Hestia de m'avoir fait une place dans l'établissement. Un merci particulier à Baptiste Peycelon, avec qui le projet photographique a pu être mené. Et je remercie les patients qui m'ont accordé tant de temps. En écrivant ces pages j'ai une pensée particulière pour Lucien, Dominique et Francis, aujourd'hui décédés, qui ont tant participé à ce travail. Enfin, je tiens à remercier Maud Bigot, Annie Papillon et Elisabeth Piegay, sans qui je n'aurais pu mener mes recherches socio-historiques.

Cette thèse est aussi le fruit d'échanges réguliers avec des chercheurs. Je remercie en premier lieu les membres du réseau « Aux frontières du sans-abrisme » : Mauricio Aranda, Clothilde Arnaud, Thibaut Besozzi, Louis Bourgois, Nataly Camacho, Édouard Gardella, Claudia Girola, Julien Lévy, Marion Lièvre, Marine Maurin, Pascale Pichon, Clara Piolatto et Lola Vives. Notre séminaire, le colloque que nous avons coorganisé en 2017 et les journées d'étude de 2018, ont largement nourri mes analyses et mes réflexions. En 2018, j'ai pu présenter une première version, depuis largement retravaillée, du chapitre 4 et bénéficier de leurs retours sur un projet d'article au fondement du chapitre 5 qui m'ont énormément servi. Un merci particulier à Mauricio et Marine pour leurs relectures, à Clara qui a rendu possible

le cahier photographique et à Louis et Julien pour les collaborations déjà engagées et celles à venir. Je remercie vivement Élodie Jouve d'avoir accompagné avec sensibilité une partie de mon enquête de terrain.

Je remercie ensuite tous ces chercheurs qui se sont intéressés à mon travail, qui m'ont conseillé et m'ont laissé des espaces pour partager mes idées et mes doutes : Claire Autant-Dorier, Domitille Blanco, Axelle Brodiez-Dolino, Jeanne Drouet, Benoît Eyraud, Olivier Ocquidant, Julie Thomas, Serge Proust et Bertrand Ravon. Merci à Jérôme Michalon pour les nombreuses remarques qu'il a formulées tout au long de ma recherche et pour sa relecture précise de mon introduction. Merci à Charlie Duperron pour les discussions stimulantes et motivantes sur nos enquêtes et nos lectures. Enfin, je remercie Henri Peretz pour son intérêt quant à mon ethnographie visuelle et pour son invitation à communiquer lors d'une conférence qu'il a coorganisée, en 2018, avec Celia Bense et Elijah Anderson dans le cadre du *Urban Ethnography Project* qu'anime ce dernier à l'Université de Yale. Ce fut une expérience extrêmement enrichissante qui a beaucoup compté dans ma manière d'appréhender l'enquête ethnographique.

Grâce à Louis Bourgois, j'ai intégré en 2018 le Collectif Soif de Connaissances, collectif de formation et de recherche réunissant des formateurs en travail social, des travailleurs sociaux, des personnes concernées par les situations de précarité et des chercheurs. Je remercie les membres du groupe de Lyon ; nos réunions et nos discussions m'ont beaucoup aidé à (re)formuler certains aspects de mon travail. Et à bientôt pour de belles aventures communes.

En parallèle de ce travail de recherche, j'ai pu enseigner à l'Université Jean Monnet (dans le cadre d'un contrat doctoral élargi) et à l'Université Lyon II (dans le cadre d'un poste d'ATER). Je remercie les étudiants, de la première année de licence à la fin du master, qui ont souvent été les auditeurs involontaires de mes premières hypothèses et de mes premières analyses. Leur curiosité, leurs questions, leurs remarques, mais aussi leurs silences et leurs regards parfois circonspects m'ont aidé à avancer.

Je remercie Benjamin Garnier et Christiane Gérard-Mellon pour leur aide dans toutes les démarches administratives. Merci à Rachid Ounissi d'avoir redonné vie à des données que je pensais perdues.

Un grand merci à Gaëlle pour sa relecture du chapitre 1 et nos si nombreuses conversations quant à nos manières d'enquêter et aux conséquences de nos recherches. Cette thèse en porte les traces.

Un immense merci à mes parents et à mon frère pour leur présence malgré la distance, leur curiosité pour mon travail et leurs encouragements depuis si longtemps. Voici un peu de lecture pour (endormir) Naïg.

Enfin, merci infiniment à Anne.

Sommaire

REMERCIEMENTS **5**

SOMMAIRE **9**

GLOSSAIRE **11**

INTRODUCTION GÉNÉRALE **13**

1/ ENQUETER SUR LA RELATION DE SOIN 15
2/ UNE SOCIOLOGIE DE L'EXERCICE DU JUGEMENT 34
3/ ENTRE PERSONNALISATION ET DEPERSONNALISATION DU PATIENT 48
4/ ANNONCE DU PLAN 56

CHAPITRE 1 – UNE ENQUÊTE ENGAGÉE ET EXPÉRIMENTALE : RETOURS SUR LE TERRAIN **59**

SECTION 1 : UNE ETHNOGRAPHIE *DANS* ET *SUR* L'URGENCE SOCIALE LYONNAISE 60
SECTION 2 : UNE ETHNOGRAPHIE COOPERATIVE 91

PARTIE 1 : QUAND L'ACCÈS AUX SOINS S'ACCOMPLIT ENTRE LE MONDE MEDICAL ET LE MONDE DE L'ASSISTANCE **131**

CHAPITRE 2 – FRANCHIR LES PORTES DE L'HÔPITAL **135**

SECTION 1 – LES SANS-ABRI : DES PATIENTS DIFFICILES ? 136
SECTION 2 – DES DISPOSITIFS HOSPITALIERS DEDIES AUX SANS-ABRI 161
SECTION 3 – LE TRAVAIL D'ARTICULATION DES TIERS-INFIRMIERS 194

CHAPITRE 3 – SOIGNER LES HÉBERGÉS, HÉBERGER LES MALADES **227**

SECTION 1 – L'ACCES AUX SOINS DEPUIS LE FOYER NOTRE-DAME DES SANS-ABRI (1950-2005) 228
SECTION 2 – TISSER UN RESEAU DE SOINS SITUE 255
SECTION 3 – LES SANS-ABRI « MALADES » HEBERGES 285

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE **313**

PARTIE 2 – QUAND LE PATIENT HABITE LE LIEU DE SOINS **317**

CHAPITRE 4 – DIVERSITÉ ET CONTIGUÏTÉ DES SOINS **321**

SECTION 1 – L'ETAT DE SANTE : UNE (PRE)OCCUPATION PARTAGEE 322
SECTION 2 – L'ALCOOL : AUX BORD DES SOINS, AUX BORDS DE L'INSTITUTION 349
SECTION 3 – SOINS SANS FIN, FIN DES SOINS 376

CHAPITRE 5 – LA *QUALITÉ SOIGNANTE* DES ATTACHEMENTS AUX ANIMAUX ET À L'ALCOOL **403**

SECTION 1 – JUGER LES ATTACHEMENTS AUX ANIMAUX 406
SECTION 2 – SOIGNER AVEC L'ALCOOL 430
SECTION 3 – ESSAYER D'EMPECHER LA CONSOMMATION D'ALCOOL 458

CONCLUSION GÉNÉRALE – LA RELATION DE SOIN A L'ÉPREUVE DES ATTACHEMENTS **493**

1/ LES CADRAGES DES PATIENTS SANS ABRI ET DE LEURS ATTACHEMENTS 494
2/ LES SOINS ET L'INSCRIPTION DANS DE NOUVEAUX ATTACHEMENTS 501

BIBLIOGRAPHIE **513**

ANNEXES **549**

TABLE DES MATIÈRES **561**

RÉSUMÉ **565**

Glossaire

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
ALUR : Accès au logement et pour un urbanisme rénové
AME : Aide médicale d'État
ARS : Agence régionale de santé
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
CASH : Centre d'accueil et de soins hospitaliers (Nanterre)
CASO : Centre d'accueil, de soin et d'orientation (géré par Médecins du Monde)
CGR : Centre Gabriel Rosset (Lyon)
CHAPSA : Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (Nanterre)
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre d'hébergement d'urgence
CME : Commission médicale d'établissement
CMU : Couverture maladie universelle
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
DGAS : Direction générale des affaires sociales
DIHAL : Direction interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EHPAD : Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité
FNDSA : Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (Lyon)
INED : Institut national d'études démographiques
INSEE : Institut national de la statistique et des sciences économiques
LAM : Lit d'accueil médicalisé
LHSS : Lits halte soins santé
MDM : Médecins du Monde
MOLLE : Mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
MRIE : Mission régionale d'information sur l'exclusion (Lyon)
MSF : Médecins Sans Frontières
MVS : Maison de la Veille Sociale (Lyon)
ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services
OQTF : Obligation de quitter le territoire français
ORSPERE : Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion
PASS : Permanence d'accès aux soins et à la santé
PRAPS : Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins
RSRH : Réseau Social Rue Hôpital (Lyon)
RSP : Réseau santé-précarité
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
SSR : Soins de suite et de réadaptation

Introduction générale

Débutons cette thèse par une première rencontre, un premier échange. Nous sommes le mercredi 24 juillet 2019, par un après-midi caniculaire. Je m'apprête à prendre le métro pour aller me mettre au frais, dans une bibliothèque climatisée, afin d'essayer d'écrire quelques-unes des pages qui composent ce manuscrit. En haut des escaliers qui conduisent à la station de métro, Monsieur Claude est assis au pied d'une rampe, comme à son habitude. Ma première rencontre avec lui date de novembre 2013. À cette époque, je débutais mon enquête de terrain au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, une équipe pluridisciplinaire qui accompagnait aux soins des personnes sans abri de l'agglomération lyonnaise. Monsieur Claude était l'une d'entre elles. Depuis que je le connais, il vit de manière discontinue – en raison de séjours dans différentes institutions de soins – dans un centre d'hébergement situé dans le 6ème arrondissement de Lyon. Malgré la distance – environ 40 minutes en transports en commun – c'est à cette station de métro du 7ème arrondissement qu'il est pratiquement tous les jours installé. Cheveux grisonnant, vêtu d'un tee-shirt rouge et d'un pantalon kaki, accompagné de grands sacs de courses, il me salue et m'interpelle en me voyant arriver : « T'as pas une petite pièce ? » N'ayant pas de monnaie, je lui propose d'aller lui acheter quelque chose à boire ou à manger au supermarché du coin. Il accepte mais ne veut pas de sandwich, comme je le lui suggère : « J'aimerais bien une boîte d'épinard et une plaquette de beurre, je m'en servirai au foyer. Et du pain. » Je fais quelques pas et il ajoute : « Et une petite bière s'il te plaît. » Ne trouvant pas de boite d'épinard, je retourne le voir pour savoir ce qu'il aimerait. « J'ai du lait au foyer, ça ne se garde pas trop. Je veux bien une purée en poudre, je me la ferai ce soir. » Je vais acheter tout ça, remplaçant la boite d'épinards par la purée, et lui rapporte un sac avec les provisions. Il se lève et me remercie. La discussion s'engage sur la cuisine, les « petits plats » qu'il se prépare ou qu'il va s'acheter de temps en temps au marché. Sans transition, il m'informe qu'il doit se faire opérer des yeux et me demande si je peux lui redonner la date de son rendez-vous, car il voit mal et n'arrive pas à lire. Il sort une grande enveloppe kraft et des papiers en vrac d'un de ses sacs, qu'il me tend

pour que je trouve l'information. Sur l'enveloppe quelqu'un a écrit « Documents sécurité sociale ». Je regarde : j'y trouve son attestation de sécurité sociale et d'aide complémentaire santé. Je la referme. Je déplie un petit bout de papier plié en deux. Au stylo Bic bleu, écrit en grosses lettres majuscules :

> « RDV OPHTALMO MERCREDI 31 JUILLET 14H / RDV Dr SINTES JEUDI 1ER AOUT 15H15 »

Je lui lis le papier. Il me signale que le rendez-vous de jeudi concerne des chaussures orthopédiques (qui ont été commandées ou vont être commandées) et m'interroge : « J'ai les deux rendez-vous en même temps ? » Je lui répète ce qu'il y a écrit sur le papier, insiste sur le fait que les deux rendez-vous ont lieu des jours différents et lui demande si quelqu'un va l'accompagner. Il m'informe que oui, un professionnel du Samu Social l'accompagnera, et précise qu'il restera au « foyer » ce jour-là pour ne pas rater son rendez-vous.

Si on ajoute à ces deux rendez-vous médicaux, les visites chez des médecins hospitaliers (où j'ai eu l'occasion de l'accompagner avec un infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital en 2013 et 2014), les rencontres régulières avec un infirmier d'Interface SDF (une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité), les visites d'infirmiers libéraux dans le centre d'hébergement où il vit pour lui faire des soins, les séjours dans des dispositifs de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou aux Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les échanges courants sur son état de santé dans lesquels il s'engage avec des travailleurs sociaux, d'autres personnes sans abri ou, comme dans la situation relatée, des passants, on peut dire que la question des soins occupe beaucoup Monsieur Claude. Régulièrement, il aborde ce sujet avec une pluralité d'acteurs qui gravitent autour de lui. Et son cas n'est pas une exception. En effet, les deux rendez-vous médicaux de Monsieur Claude, à un jour d'intervalle, font écho à un chiffre *a priori* surprenant issu de la dernière enquête statistique conduite par l'INSEE et l'INED, en 2012, sur les personnes sans domicile fixe :

> « À la question "À quand remonte la dernière fois où vous avez vu un médecin pour vous-même, que ce soit un spécialiste ou un généraliste ?", 85 % des sans-domicile enquêtés déclarent avoir consulté au cours des douze derniers mois et près de la moitié durant le dernier mois. Ce dernier résultat, particulièrement élevé, doit être analysé au regard de la période de passation de l'enquête, marquée par des épidémies saisonnières (entre le 23 janvier et le 3 mars 2012), pouvant expliquer un taux élevé de recours au médecin. Lors de l'enquête précédente, réalisée en 2001, 84 % des sans-domicile usagers des services d'aide avaient déjà répondu avoir vu un médecin au moins une fois dans l'année écoulée » (Moisy, 2015b, p.1-2).

Ce taux vient nuancer et complexifier l'image de sans-abri éloignés des dispositifs de soins et réfractaires à tout traitement médical. Ces situations existent, comme nous le verrons, mais elles ne sont pas inconciliables avec ce taux « particulièrement élevé[1] ». Comment l'appréhender en sachant que dans le même temps les personnes sans domicile interrogées dans le cadre de cette même enquête menée par l'INSEE et l'INED se déclarent plus souvent en mauvaise santé que l'ensemble de la population (Moisy, 2015a) ? Certes, la période à laquelle a été menée l'enquête a pu avoir une influence sur les données recueillies. Mais cet argument semble insuffisant. Comprendre ce taux, le déchiffrer, invite à revenir sur la définition du problème public du sans-abrisme et sur les réponses qui ont été apportées par les pouvoirs publics et des acteurs associatifs. En effet, la médicalisation du sans-abrisme, au tournant des années 1980-1990, a contribué à la mise en place de réponses favorisant l'accès aux soins et donc, par prolongement, a favorisé les rencontres avec des médecins spécialistes ou généralistes. Ces réponses invitent, d'un point de vue de la recherche, à se pencher sur les relations de soins dans lesquelles sont engagées les personnes sans abri, comme nous le verrons dans un premier temps de cette introduction.

1/ Enquêter sur la relation de soin

Le projet de thèse initial visait à engager une recherche sur les interactions entre des personnes sans abri et des professionnels de santé. Ce projet s'inscrit dans la lignée de travaux sociologiques qui ont analysé la médicalisation du problème public du sans-abrisme (a). Celle-ci a pour conséquence de susciter une attention forte des acteurs de « l'urgence sociale » sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans abri. Elle se traduit par la création de plusieurs dispositifs dédiés où sont dispensés directement des soins et par des pratiques d'accompagnement des personnes dans des structures dites de « droit commun » (b). Paradoxalement, malgré ce contexte, rares sont les enquêtes en sciences sociales conduites sur les relations de soin dans lesquelles sont engagées les personnes sans abri ; je reviendrai sur les principaux travaux consacrés à cette question afin de commencer à situer ma recherche au regard de la littérature existante (c).

[1] L'article de Muriel Moisy ne précise pas par rapport à quoi (une représentation quant au recours aux soins des sans-abri ?) ou à qui (une autre population ?) ce taux est « particulièrement élevé ».

Encadré 1. Vous avez dit « sans-abri » ?

SDF, sans logis, sans-domicile, sans-abri, grands exclus, clochards, errants, vagabonds, sous-prolétaires, itinérants, zonards… Comme tous problèmes publics, celui qui nous intéresse dans cette thèse fait l'objet de dénominations multiples qui témoignent d'une diversité de manières de le décrire, de le définir et donc, par conséquent, d'y répondre ; la façon de nommer le problème participant déjà à la manière de s'engager dans sa résolution. Dans l'écriture de cette thèse, je privilégie le terme de « sans-abri », qu'il est nécessaire de définir avant de présenter le travail d'analyse. Il s'articulera, ponctuellement, avec d'autres catégories utilisées en situation par les acteurs.

Commençons par préciser que l'usage que je fais de la catégorie de « sans-abri » ne renvoie pas à la définition formulée par l'INSEE. Dans ses deux enquêtes nationales de 2001 et 2012, les statisticiens de l'INSEE définissent les « sans-abri » comme une sous-catégorie des « sans-domicile » : « Une personne est dite sans domicile si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de sans-abri), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir, ou dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid). Certaines personnes peuvent ne pas avoir de logement personnel sans pour autant être sans domicile au sens ci-dessus : celles qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans un foyer, à l'hôpital, en prison, dans un squat, hébergées par un particulier » (Yaouancq & *al.*, 2013). Cette définition a le défaut de séparer et distinguer des situations qui sont toutes marquées par l'épreuve de « l'habitat précaire » (Pichon, 2002). Dormir dans l'espace public avec seulement des couvertures comme protection, ou dans une cabane installée dans un bidonville, ou dans une chambre individuelle ou collective dans une institution d'hébergement, ou encore chez un proche : malgré leurs différences, ces expériences sont toutes marquées par la fragilité matérielle et temporelle de l'habitat. En ce sens, je rejoins la définition du « sans-abrisme » qui doit « s'entendre comme désignant le problème public que constitue le fait que des personnes sont contraintes de vivre dans des habitats spatialement, matériellement mais aussi temporellement précaires » (Gardella, 2014a, p.29). Par conséquent, le sans-abrisme, comme perspective de recherche, invite à penser les relations entre la « vulnérabilité de l'habiter » et les multiples réponses mise en œuvre (aujourd'hui et dans le passé) pour répondre à ce problème (Choppin & Gardella, 2013, p.15). Ainsi, la catégorie de « sans-abri » renvoie aux personnes qui circulent dans le système de l'habitat précaire, qui font l'expérience de cette vulnérabilité de l'habiter et qui peuvent être prises en charge (voire refuser d'être prises en charge) par le monde de l'assistance[2]. Cette définition du terme de « sans-abri » me permet ainsi de penser ensemble à la fois des personnes qui vivent en institution d'hébergement ou dans l'espace public, mais aussi de penser les imbrications entre la vulnérabilité de l'habiter et la vulnérabilité sanitaire.

[2] Pour un aperçu récent de la diversité des travaux s'inscrivant dans le domaine de recherche du sans-abrisme, voir l'ouvrage codirigé par Pascale Pichon, Claudia Girola et Élodie Jouve (2016). Je me permets également de renvoyer à la synthèse du colloque international « Le sans-abrisme en débats », qui s'est tenu à Saint-Étienne en novembre 2017, que j'ai coécrite avec Mauricio Aranda et Marine Maurin (2018).

Si le terme de « sans-abri » domine dans cette thèse, ponctuellement d'autres catégories seront utilisées. En effet, dans une approche interactionniste (Blumer, 1998 [1969]) et pragmatique (Barthe & *al.*, 2013 ; Lemieux, 2018) il importe pour le sociologue de *suivre* les acteurs en situation et donc de s'attacher à décrire la manière dont les personnes qualifient, catégorisent leurs interlocuteurs et les situations dans lesquelles elles sont engagées. Pour reprendre le titre d'un texte classique de William I. Thomas (2009 [1923]) l'enquêteur cherche à comprendre comment les personnes *définissent la situation*. Et ces définitions passent par l'utilisation d'un vocabulaire et de catégories qu'il est nécessaire de décrire sans recourir à des termes exogènes, comme le rappellent plusieurs textes consacrés à l'enquête ethnographique et à son écriture (Emerson & *al.*, 2010 [1995] ; Beaud & Weber, 2010 [1997], p.129 ; Peretz, 2004, p.29). Ces mots sont porteurs de sens, témoignent de la manière dont les rencontres et les personnes sont appréhendées. C'est pourquoi, en décrivant certaines situations, je n'emploierai pas la catégorie de « sans-abri » mais celles utilisées par les personnes elles-mêmes, que ce soit à l'oral – dans des interactions observées ou des entretiens réalisés – ou à l'écrit – dans des archives de documents institutionnels que j'ai constituées.

a/ La médicalisation du problème public du sans-abrisme

Le sans-abrisme est un problème public ancien, qui a connu une longue « carrière » (Blumer, 2004 [1971]) au cours de laquelle il a été défini et redéfini de manières différentes, trouvant un écho plus ou moins fort dans des « arènes publiques » (Cefaï, 1996) où une pluralité d'acteurs faisant l'expérience directe ou indirecte d'un trouble se sont engagés dans des expérimentations en vue de résoudre la situation définie comme « problématique » (Dewey, 2010 [1927] ; Cefaï & Terzi, 2012 ; Cefaï, 2016a). Esquissons à grands traits cette histoire en s'appuyant sur les trois périodes que distinguent Axelle Brodiez-Dolino et Bertrand Ravon (2016) : 1880-1950 ; 1950-1980 ; depuis les années 1980.

Si l'assistance aux plus pauvres est ancienne, ce n'est qu'à la fin du XIX^{e} siècle qu'apparaît et que s'impose en France le problème des « sans-abri » (Katz, 2015). Sa définition et les moyens mis en œuvre pour y répondre marquent une transformation significative dans le traitement des plus pauvres. En effet, depuis le Moyen Âge, le traitement de la pauvreté oscille, de manière diachronique et synchronique, entre la « potence et la pitié » (Geremek, 1987), entre la répression et l'assistance, l'enfermement et l'hospitalité (Gutton, 1971). Des réponses qui reposent sur une distinction entre les « bons » et les « mauvais » pauvres établis à partir de deux critères : l'origine géographique du pauvre et son inaptitude au travail (Castel, 2013 [1995] ; Brodiez-Dolino, 2019). Est aidé celui qui est d'« ici » et celui qui est considéré comme inapte au travail, tel que le vieillard ou le malade. L'assistance s'élabore ainsi progressivement sur un socle articulant étroitement vulnérabilités sociales et vulnérabilités sanitaires (Brodiez-Dolino, 2013). La création des premiers asiles de nuit pour les sans-abri, à

la fin du XIX[e] siècle, constitue un changement dans les réponses apportées aux pauvres valides, comme l'écrit Lucia Katz : « Les pauvres valides ne sont plus enfermés : ils sont accueillis sur la base du volontariat […]. La définition des bénéficiaires se fait en fonction du besoin de lit et non en fonction de critères tels que la validité, le sexe, l'âge, la nationalité ou encore la religion. L'accueil est présenté comme inconditionnel » (Katz, 2015, p.37-38). Fin XIX[e]-début XX[e], les asiles de nuit essaiment en France, d'abord via des initiatives d'œuvres privées puis sous l'impulsion de certaines municipalités. Par exemple à Lyon, territoire sur lequel sera centré cette thèse[3], une première structure privée voit le jour en avril 1880 et la municipalité ouvre son propre asile de nuit en décembre 1889 (Brodiez-Dolino, 2013, p.60-61). En parallèle, les dépôts de mendicité – ces lieux d'enfermement qui apparaissent à la fin du XVIII[e] siècle et qui s'implantent dans chaque département à partir du décret impérial du 5 juillet 1808 (Peny, 2011) – disparaissent progressivement au début du XX[e] siècle (Veysset, 1999), signe d'un changement dans l'appréhension des plus pauvres.

À cette première période, succède une deuxième (1950-1980) marquée par l'émergence, le développement et l'engagement de plusieurs associations contre la grande pauvreté (Brodiez-Dolino & Ravon, 2016). Celles-ci s'impliquent dans deux voies complémentaires et qui se recoupent parfois au sein d'une même association[4] : d'un côté, la lutte contre le mal-logement et le relogement des personnes qui vivent en bidonvilles ; de l'autre, la création d'asiles de nuit et de centres d'hébergement pour les sans-abri. En novembre 1953 est mise en place l'« aide sociale à l'hébergement » qui cible les sortants d'hôpitaux, les sortants de prison, les prostituées et qui s'élargie aux vagabonds dits « reclassables » en 1959 (Aranda, 2019b). Elle permet aux personnes de rester pendant au moins six mois dans des centres d'hébergement, principalement gérés par des associations caritatives via des financements de l'État, afin de les « réadapter [5]» à la vie en société. La distinction entre les vagabonds « reclassables » et « non reclassables » contribue à la structuration d'un hébergement social à deux vitesses, comme le montre Mauricio Aranda dans son analyse socio-historique de la prise en charge des vagabonds et des sans-abri :

[3] Le chapitre 1, consacré à la démarche d'enquête, abordera plus en détails les raisons et les enjeux d'une enquête focalisée sur l'agglomération lyonnaise.

[4] C'est par exemple le cas de l'association lyonnaise le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, dont Axelle Brodiez-Dolino (2020) a retracé l'histoire depuis sa création en 1950 et à laquelle je m'intéresserai dans le chapitre 3 de cette thèse.

[5] Ces centres de l'aide sociale à l'hébergement préfigurent les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale qui voient le jour en 1974 et qui deviennent en 1998 les Centres d'Hébergement et de *Réinsertion* Sociale (CHRS).

> « Si cette assistance est ouverte à diverses catégories de la population sans abri (c'est le cas, par exemple, des "vagabonds estimés aptes à un reclassement" depuis 1959), elle met de côté d'autres personnes sans abri qui sont jugées "non reclassables". En bref, l'aide sociale à l'hébergement n'inclut pas les personnes catégorisées dans le sens commun comme des "clochards" […]. Il s'agit, pour eux, de se diriger vers les asiles de nuit en vue d'obtenir un secours. Ces derniers sont gérés dans une très grande mesure par des associations caritatives – qui les financent avec des ressources privées –, mais aussi par les municipalités et les Préfectures de police. Ils réalisent une prise en charge ponctuelle (pour la nuit ou pour quelques nuitées) et dans le seul but d'apporter un dépannage. Se créé de cette façon une *dualité implicite* de la politique d'hébergement social » (Aranda, 2019a, p.413).

La dualité implicite deviendra *explicite* (*Ibid*.) lors de la troisième période qui débute dans les années 1980[6] avec la mise sur agenda de la « question SDF » (Damon, 2012 [2002]) et la structuration de l'assistance entre les centres d'hébergement d'urgence et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Au tournant des années 1980-1990 le problème public du sans-abrisme, à l'instar d'autres problèmes sociaux d'abord envisagés sous l'angle de la déviance, connaît une « médicalisation » (Conrad & Schneider, 1992 [1980]) qui conduit ici à la mise en place de « l'urgence sociale » (Gardella, 2014a). Cette redéfinition du problème public s'inscrit dans un contexte particulier. Les années 1980 et le début des années 1990 voient l'émergence d'une « nouvelle question sociale », marquée par « l'effritement de la condition salariale » (Castel, 2013 [1995], p.621), problématisée sous la notion d'« exclusion » (Paugam (dir.), 1996). Cette période est aussi celle d'une mise en lumière des problèmes dans l'accès aux soins des personnes les plus pauvres. Durant les années 1980, l'hôpital « tout médical » paraît inadapté aux plus démunis qui ont de plus en plus de mal à y accéder (Parizot, 2003 ; Schlegel, 2019). Les critiques envers le système de soins se multiplient et le problème public de l'accès aux soins des plus démunis s'impose dans le débat public – signe d'une préoccupation croissante pour cette question, l'Inspection Générale des Affaires Sociales publie en 1987 un rapport intitulé : « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité ». Progressivement, au cours de cette décennie et de la suivante, s'élabore ce que Jérémy Geeraert (2017), analysant la structuration d'un système de soins destinés aux plus pauvres, a nommé un « espace du soin de la précarité » *dans* les marges de l'hôpital, avec des dispositifs intra-hospitaliers telles que les Permanences d'Accès aux Soins

[6] J'ai repris, à grands traits, les trois périodes que distinguent Axelle Brodiez-Dolino et Bertrand Ravon (2016). Seule une enquête de terrain pourrait permettre de déceler une éventuelle quatrième période, par exemple au tournant des années 2000-2010 avec la promulgation du droit au logement opposable (DALO) et de son corollaire le principe de continuité de l'hébergement qui est censé garantir à chaque personne en hébergement la possibilité d'« y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée » (Code de l'Action Sociale et des Familles, article L. 345-2-3). Période qui renvoie à l'émergence d'une « chronopolitique stabilisatrice » (Gardella, 2014a). Je reviendrai plus en détails sur le principe de continuité dans le chapitre 3.

de Santé (PASS), et *aux* marges de l'hôpital, avec l'ouverture de centres de soins gratuits sous l'impulsion d'associations humanitaires comme Médecins du Monde ou Médecins Sans Frontières.

C'est dans ce contexte que la médicalisation du problème public du sans-abrisme s'opère à la Maison de Nanterre[7], lieu historique et emblématique de la prise en charge des sans-abri. Créée en 1873, cette institution a été successivement ou simultanément une prison, un dépôt de mendicité, un hôpital, un centre d'hébergement et une maison de retraite pour d'anciens sans-abri (Girola, 2007 ; Benoist, 2009). En 1954, est créée une équipe de ramassage des vagabonds, qui deviendra en 1968 la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri (BAPSA). Le dispositif, placé sous le contrôle de la Préfecture de Police, assure durant les nuits le « ramassage » des sans-abri présents dans les rues de Paris et leur déplacement vers la Maison de Nanterre, de laquelle ils peuvent repartir le matin[8]. Au début des années 1980, la Maison de Nanterre est composée du Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (CHAPSA) et de l'hôpital Max Fourestier, dans lequel est nommé Patrick Henry, jeune médecin en formation, en 1979. Comme le précise Vianney Schlegel (2019), à partir d'un entretien qu'il a réalisé avec Patrick Henry, ce dernier n'a pas connaissance de l'existence du CHAPSA à son arrivée à Nanterre. Il le découvre, et avec lui les personnes sans abri qu'il accueille, de manière fortuite lors d'une rencontre qu'il qualifie lui-même de « complètement surréaliste » (Schlegel, 2019, p.167) : un homme sans abri se plaint de démangeaisons au niveau de son bras complètement plâtré ; après avoir retiré le plâtre, Patrick Henry et un collègue chirurgien découvrent un bras putréfié qui conduit à une amputation. Cette expérience limite conduit le médecin à s'intéresser aux personnes sans abri accompagnées au CHAPSA par la BAPSA et à les soigner de manière « clandestine » à partir de 1982 (Schelgel, 2019, p.168). En 1984, il crée la Consultation de dépistage et de soins des personnes sans abri (CDSPSA). Deux histoires complémentaires, l'une officielle et l'autre officieuse, expliquent cette création. L'histoire officielle, relatée par Édouard Gardella (2014a) se cristallise autour d'une réflexion sur le rejet des sans-abri de l'hôpital et, en particulier, des urgences – discours et réalité qui perdurent encore aujourd'hui, comme nous le verrons dans le chapitre 2. L'histoire officieuse fait de la perte de poste de Patrick Henry à l'hôpital Max Fourestier « l'élément déclencheur de la création officielle de la consultation »

[7] En 1989, la Maison de Nanterre devient le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH).

[8] Le cinéma s'est emparé de ces images spectaculaires du ramassage et du transfert des sans-abri de Paris à Nanterre : voir, par exemple, la séquence d'ouverture du film *Les amants du Pont-Neuf* (1991), réalisé par Leos Carrax.

(Schlegel, 2019, p.168). Comme l'a montré Édouard Gardella dans sa thèse (2014a[9]), les observations et les réflexions de Patrick Henry menées au sein de ce dispositif circulent et sont prolongées par son successeur à la CDSPSA, Xavier Emmanuelli, qui prend le relais en 1992. Selon ces médecins, inventant une clinique de la désocialisation, la rue est un environnement dangereux qui favorise la dégradation physique et psychique des sans-abri, pouvant causer leur mort ; c'est pourquoi il est nécessaire d'*aller vers* ces personnes, d'intervenir directement auprès d'elles dans l'espace public. Ces interventions doivent être réactives car pour ces médecins, nouveaux « propriétaires » du problème public (Gusfield, 2009 [1981], p.10-11), « la réversibilité du mal est d'autant plus faible que le temps passé dans le "milieu" est grand. La réactivité est justifiée comme une irruption dans l'environnement néfaste pour l'individu » (Gardella, 2014a, p.269). Une approche médico-sociale, influencée par la médecine d'urgence et la médecine humanitaire, se développe pour répondre au problème public du sans-abrisme et « l'accès aux soins, infirmiers et médicaux, afin d'éviter une dégradation de l'état de santé des plus démunis à la rue devient une justification de la réactivité endossée par les services de l'État social » (*Ibid*., p.276). Le Samusocial de Paris, fondé en 1993 par Xavier Emmanuelli, avec ses équipes de maraude et son centre d'hébergement d'urgence et de soins infirmiers[10], devient le symbole de « l'urgence sociale », cette action publique qui cible les personnes sans abri et qui s'institutionnalise en France dans les années 1990. Institutionnalisation d'autant plus forte que l'un de ses principaux promoteurs, Xavier Emmanuelli, est nommé Secrétaire d'État auprès du Premier Ministre, chargé de l'Action humanitaire d'urgence (18 mai 1995 – 2 juin 1997). Cette médicalisation de la prise en charge des sans-abri participe activement de sa professionnalisation, comme l'analyse Vianney Schlegel dans une perspective socio-historique (Schlegel, 2019, notamment la première partie, p.71-224) : l'assistance s'organise autour d'un travail d'accompagnement et de soins mené par des bénévoles et de plus en plus, à partir des années 1990, par des travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés et assistants sociaux) voire des professionnels de santé (infirmiers en particulier) qui exercent dans les différentes institutions de l'urgence sociale. C'est ce paysage institutionnel que je vais maintenant décrire.

[9] Voir en particulier le chapitre 3 (p.229-289) intitulé « La fabrique d'individus en danger de dégradation ».
[10] Ce dispositif, aussi connu sous le nom de « lits infirmiers » ou « lits Emmanuelli », est institutionnalisé en 2006 en tant que Lits Halte Soins Santé (LHSS). Les LHSS de Villeurbanne constituent l'un des deux principaux terrains d'enquête, comme je le présenterai dans le chapitre 1.

b/ L'omniprésence de la question du soin au sein de l'urgence sociale

L'urgence sociale est un « monde social » (Strauss, 1992 [1978a] ; Cefaï, 2015) que je découvre à l'automne 2011 quand, étudiant en master 1 de sociologie à l'Université Lumière Lyon 2, j'engage pour mon mémoire, dans le cadre d'un séminaire de sociologie urbaine, une enquête sur les pratiques spatiales et le rapport à l'assistance des sans-abri sous l'angle du genre (Uribelarrea, 2012). Je commence le travail de terrain en devenant bénévole dans un accueil de jour et au sein d'une équipe mobile, à Lyon. Dès mes premiers pas dans ces associations, je suis marqué par le souci partagé – entre les personnes sans abri, les bénévoles et les professionnels – pour le soin. Dans l'accueil de jour, une bénévole infirmière de formation propose des soins, de la « bobologie » comme elle dit, et oriente les personnes sans abri qui viennent la voir vers différentes institutions. Des bénévoles de l'équipe mobile, dont je fais partie, retournent voir des sans abri qui n'allaient « pas bien », en dehors des heures de fonctionnement de l'association, et sollicitent des professionnels de l'urgence sociale pour partager leurs inquiétudes vis-à-vis de certaines personnes et s'assurer qu'elles sont bien suivies pour leur santé. Enfin, sur les deux terrains, la question de l'état de santé et du soin revient constamment au cours des discussions informelles que j'aies avec les personnes sans abri. Il faut dire que vivre à la rue, *entre* l'espace public et les institutions de l'assistance (Pichon, 1996), a des conséquences directes sur la santé des personnes : une majorité (54%) des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête 2012 de l'INSEE et de l'INED déclare avoir des difficultés de sommeil (Moisy, 2015a, p.6). S'il n'existe pas de pathologies spécifiques, certaines seraient plus présentes chez les sans-abri que dans le reste de la population, comme la tuberculose dont le taux d'incidence serait trente fois plus élevé chez les personnes sans abri (Cha, 2013). La prévalence des troubles psychotiques, majoritairement des schizophrénies, chez les sans-abri serait huit à dix fois supérieur à celle de population générale (Laporte & Chauvin (dir.), 2010, p.121). Selon une enquête épidémiologique de David S. Morrison (2009), le fait d'être sans abri est un facteur de mortalité prématurée. D'ailleurs le Collectif des Morts de la Rue (2019) précise qu'en 2018, les 566 morts enregistrés en France avaient 48 ans en moyenne ; chiffre qui entre en résonnance avec l'affirmation des auteurs du rapport *La santé des personnes sans chez soi* qui notent pour les personnes sans abri « une espérance de vie estimée de 30 à 35 ans inférieure à la population

générale » (Girard & *al*., 2009, p.166)[11]. Cette « santé précaire » (Moisy, 2015a) soulève la question du recours aux soins des personnes sans abri ; une problématique qui constitue l'un des enjeux de l'urgence sociale et qui mobilise une pluralité d'acteurs dans une multiplicité d'institutions. Pour comprendre ce contexte, il est d'abord nécessaire de préciser que l'urgence sociale s'organise autour de plusieurs institutions que l'on retrouve dans toute la France même si leurs fonctionnements et leurs configurations varient localement[12]. Quatre sont caractéristiques de cette action publique : le 115, les équipes mobiles, les centres d'hébergement et les accueils de jour.

Le 115 est un numéro gratuit départemental qui a pour mission d'évaluer et d'orienter les personnes sans abri vers les structures de l'urgence sociale, de leur attribuer une place d'hébergement et, plus généralement, de recevoir les demandes des sans-abri et de toutes autres personnes – associations d'aide aux sans-abri, pompiers, policiers, passants – troublées par une situation.

Le 115 est généralement directement relié à des équipes mobiles, en particulier des Samu Sociaux. Composées de professionnels (travailleurs sociaux et/ou professionnels de santé) ou de bénévoles, ces équipes circulent le jour et la nuit dans l'espace public à la rencontre de sans-abri. Elles peuvent leur proposer une aide matérielle (colis alimentaires, couvertures, duvets par exemple) ou un accompagnement à plus long terme vers un hébergement.

Les hébergements prennent des formes différentes : chambres individuelles ou collectives, réservés aux hommes, aux femmes ou aux familles, ouverts à l'année ou uniquement durant la période du plan froid entre le 1er novembre et le 31 mars, pour des durées de séjour variables, allant de quelques nuits à plusieurs années.

Certains hébergements sont fermés en journée, c'est pourquoi ont été créés des accueils de jour. Eux aussi offrent des services variés : la possibilité d'y être domicilié pour bénéficier d'une adresse et ainsi s'engager dans des démarches administratives, des services de repas chaud ou froid, des douches, un espace où déposer temporairement des effets personnels et des soins.

---

[11] Les auteurs de toutes ces enquêtes rappellent les difficultés à mener des enquêtes statistiques sur les personnes sans abri, soulignent les limites potentielles et insistent sur la nécessité de prendre ces chiffres avec prudence. Pour un retour réflexif sur l'enquête INSEE de 2001 et les enjeux de définition des catégories pour l'enquête statistique, voir le chapitre 1 de l'ouvrage de Cécile Brousse, Jean-Marie Firdion et Maryse Marpsat (2008, p.15-31).

[12] Je tiens à préciser que cette présentation de l'urgence sociale est volontairement générale, elle constitue un premier panorama des institutions qui composent cette action publique et permet aux lecteurs de suivre la construction de l'objet de recherche. Au fil des pages et des chapitres, l'analyse de l'urgence sociale s'affinera et se complexifiera.

En complément de ces institutions, certaines sont explicitement dédiées à l'accès aux soins des sans-abri : les hébergements médicalisés, les équipes mobiles et les permanences de soins. Les hébergements médicalisés sont accessibles aux personnes sans abri sur des critères médicaux, offrent une large palette de soins via une équipe professionnelle médicale et paramédicale et, à l'instar de leurs homologues non médicalisés, attribuent des places pour des périodes plus ou moins longues. Il en existe deux principaux : les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM). Les équipes mobiles de soins sont composées quant à elles de professionnels ou de bénévoles, rattachés à des hôpitaux ou à des associations, qui fournissent directement des soins aux personnes rencontrées dans l'espace public ou dans des institutions d'hébergement et/ou qui proposent de les accompagner vers des lieux de soin dits de « droit commun[13] » (par exemple l'hôpital ou le cabinet d'un médecin généraliste). Enfin, les permanences de soins sont des lieux hospitaliers – les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) – ou associatifs où des professionnels ou des bénévoles peuvent aider à l'ouverture de droits de santé et apporter des soins aux personnes.

C'est au regard de ce contexte institutionnel, qui s'est progressivement mis en place à la suite de la médicalisation du problème public du sans-abrisme, qu'il faut comprendre le taux de 85 % des sans-domicile interrogés lors de l'enquête INSEE et INED de 2012 qui déclarent avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois (et près de la moitié durant le dernier mois). Il existe en effet un grand nombre d'acteurs – des bénévoles, des travailleurs sociaux et des professionnels de santé – qui accompagnent les personnes sans abri chez des médecins et qui essayent de tisser des liens avec des professionnels de santé pour favoriser l'accès aux soins. Écrire cela ne signifie pas que l'accès aux soins est « facile » ou toujours effectif. Il existe des formes de non-recours[14], en particulier quand les problèmes de santé

[13] Selon Julien Damon, « l'expression, très prisée, de "droit commun" n'a juridiquement pas grand sens, car le droit de l'aide et de l'action sociales, dont relèvent une grande partie des services "d'urgence sociale", n'est pas moins "commun" que d'autres droits » (Damon, 2012 [2002], p.208). Au-delà de cette remarque, les personnes que j'ai rencontrées mobilisent cette catégorie pour désigner l'ensemble, jamais clairement stabilisé, des dispositifs et institutions de soins théoriquement accessibles à tous. Le « droit commun » s'oppose ainsi aux dispositifs et aux institutions réservés explicitement à un public, comme les sans-abri. Dans les chapitres 2 et 3 je reviendrai sur cette opposition qui mérite, me semble-t-il, d'être requalifiée et repensée en termes d'imbrications.

[14] La question du « non-recours » est au centre des travaux des chercheurs de l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services) qui s'est constitué autour de Philippe Warin (2016). C'est sous la direction de ce dernier qu'Antoine Rode (2010) a soutenu une thèse sur le « non-recours aux soins ». Comme l'écrit Antoine Rode, « les définitions et approches du non-recours aux soins, aussi diverses soient-elles, ont pour point commun de renvoyer à des conduites non conformes à certaines normes médicales et épidémiologiques » (Rode, 2010, p.426). Dans la perspective compréhensive que j'adopte dans cette recherche, cette définition normative du soin est problématique puisqu'elle empêche de prendre au sérieux un ensemble de pratiques non conformes aux normes médicales que les acteurs accomplissent au nom du soin, comme on le verra régulièrement dans ce

empêchent les pratiques quotidiennes des personnes sans abri, comme par exemple faire la manche ou honorer des rendez-vous administratifs (Benoist, 2009 ; Coulomb, 2018). Il existe également des formes de fréquentations ponctuelles ou instables (Parizot, 2003) et, de manière générale, accéder aux institutions de soins constitue, pour les sans-abri et les professionnels qui sont amenés à les accompagner, une série d'« épreuves » (Barthe & *al.*, 2013 ; Lemieux, 2018) auxquelles ils doivent faire face et qu'il leur faut surmonter. Néanmoins, ce contexte institutionnel favorise les rencontres et les échanges autour du soin. Comme le souligne avec acuité Laureline Coulomb, même « la notion de refus de soin des personnes sans domicile comporte un paradoxe puisque les soignants qui s'en plaignent interagissent précisément avec ces patients lors d'interactions de soin, majoritairement au sein de structures dédiées à celui-ci » (Coulomb, 2018, p.9).

C'est pourquoi dans cette thèse, j'ai décidé de m'intéresser à l'ensemble de ces interactions où s'accomplit le soin, où il est négocié, accepté ou refusé, où il est discuté, où il est envisagé, où il est organisé, où il est défini. J'appréhende toutes ces interactions sous l'expression « relations de soins », en conservant et en valorisant l'ambiguïté du terme de « soin ». Les travaux sociologiques sur le soin opèrent généralement un détour par un vocabulaire anglosaxon pour distinguer au sein du soin les pratiques de *care* et les pratiques de *cure* : « Le premier terme, *care*, désigne plutôt les pratiques qui consistent à laver, nourrir, panser les plaies, tous gestes qui rendent la vie quotidienne plus supportable. Le second terme, *cure*, suppose la guérison possible, et s'applique aux interventions thérapeutiques qui s'effectuent au cours de la maladie. Cela renvoie à une différenciation fine entre "soigner" et "guérir" » (Mol, 2009 [2008], p.16). À l'instar d'Annemarie Mol dans son ouvrage *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, j'évite dans cette thèse de distinguer *cure* et *care* car « en pratique, après tout, les activités englobées par ces deux termes se chevauchent » (*Ibid*.). Pour paraphraser Loïc Trabut et Florence Weber (2009), il existe un « continuum » entre toutes ces activités qui « contribuent à la production de la sante ». Ainsi, plutôt que de recourir à l'anglais pour distinguer des pratiques de soin en vue de « guérir » et d'autres en vue de « s'occuper du bien-être d'une personne » (Calvez, 2014, p.43), il me semble intéressant de conserver la catégorie de « soin », de jouer sur ses ambiguïtés pour penser la diversité et la complémentarité des pratiques qu'elle recouvre. Ausculter, diagnostiquer, prescrire un traitement, accomplir des gestes techniques, conseiller, orienter, prendre des

manuscrit. C'est pourquoi je ne parlerai pas de « non-recours aux soins » mais spécifierai le non-recours, par exemple à un droit de santé comme la Couverture Maladie Universelle (CMU) (Revil, 2014), à un médecin ou à une institution d'hébergement médicalisé, qui n'est pas nécessairement synonyme de *non-recours aux soins*.

nouvelles, aider ou se soucier de quelqu'un – et la liste est loin d'être exhaustive – constituent des activités de soins indissociables les unes des autres même si elles sont accomplies par différentes personnes, comme l'ont souligné une pluralité de travaux s'intéressant aux proches et à la famille du malade (Cresson, 1997 & 2006 ; Chave, 2010 ; Pennec, Le Borgne-Uguen & Douguet (dir.), 2014) ou à l'éthique et à la politique du *care* (Tronto, 2009 [1993] ; Molinier, Laugier, Paperman (dir.), 2009 ; Paperman & Laugier (dir.), 2011 [2005] ; Bessin, 2014). Ces travaux invitent à repenser et à élargir la relation de soin, celui-ci n'étant pas seulement une prérogative de professionnels soignants mais l'affaire de tous. Le « rôle », ici de soignant, est irréductible à certains « statuts » professionnels, comme celui de médecin, d'infirmier ou d'aide-soignant. Comme le rappelle Erving Goffman, rôles et statuts ne se recouvrent pas nécessairement et des personnes « qui ont des statuts très différents peuvent se retrouver à jouer le même rôle interactionnel » (Goffman, 2013 [1963], p.206). Analyser la relation de soin exige ainsi une perspective d'abord descriptive, comme le rappelle Patricia Paperman :

> « Si le terme de perspective est ici préféré à celui de théorie, c'est qu'il indique une posture qui n'est pas d'abord explicative, mais descriptive. Le concept de *care* est descriptif au sens où il permet de saisir un ensemble d'activités et de préoccupations, central pour l'existence humaine, mais qui, en son absence, apparaît marginal, émietté, ou spécialisé. La description du monde social s'organise à partir d'un point de vue qui met le *care* en point de fuite de la perspective » (Paperman, 2009, p.102).

« Qui fait quoi ? De quelle manière ? » (Bessin, 2014), telle est la ligne directrice de mon enquête sur les soins. Même si j'ai opté pour le terme de « soin » plutôt que celui de *care*, je m'inscris dans la lignée des travaux de Joan Tronto pour qui, « dans la perspective du *care*, ce qui fonde l'action est la saisie des préoccupations et des besoins des autres » (Tronto, 2009 [1993], p.146). Le sens du soin s'en trouver spécifier : le soin est à la fois une activité pratique mais aussi une posture morale. C'est ce qu'indique Joan Tronto lorsqu'elle distingue les quatre phases du *care* : « se soucier de (caring about) », « prendre en charge » (taking care of), « prendre soin (care giving) » et « recevoir le soin (care receiving) » (*Ibid*., p.147-149). La première phase met en avant le « souci » qui doit être entendu comme « un état d'esprit à la fois absorbé par un objet de préoccupation (être inquiet, troublé, tourmenté, embarrassé, tracassé, ennuyé) et orienté par un projet, un à-venir (avoir souci de) » (Ravon, 2010). Le *souci des patients sans abri* : il s'agit à la fois de comprendre qui se préoccupe des patients sans abri et pour quelles raisons mais aussi comment ces préoccupations ouvrent sur des réponses sans cesse discutées, évaluées et redéfinies. C'est pourquoi le soin sera appréhendé

dans sa dimension temporelle (Bessin, 2012 & 2014 ; Ravon, 2010 ; Gardella, 2014a) pour en comprendre ses évolutions au cours du temps.

Encadré 2. Vous avez dit « patient » ?

À l'occasion de cette discussion sur le soin, j'ai introduit la catégorie de « patient » dont je dois préciser l'acception. J'ai décidé de conserver ce terme qui est le plus employé sur mes deux principaux terrains d'enquête à savoir une équipe mobile médico-sociale dédiée à l'accès aux soins des sans-abri qui est rattachée à un hôpital et une institution d'hébergement médicalisée[15]. Il est d'abord utilisé par les professionnels que j'ai suivis pour désigner les personnes sans abri qu'ils prennent en charge et il peut aussi être utilisé par ces dernières pour se définir. Si la sociologie de la santé s'interroge sur les usages de cette catégorie de « patient » (Bureau & Hermann-Mesfen, 2014), en la comparant à d'autres catégories comme « administré », « usager » ou « client » (Lascoumes, 2007) ou en lui adjoignant un adjectif qualificatif comme « contemporain » (Fainzang, 2006) ou « expert » (Epstein, 1995), j'ai souhaité la garder telle qu'elle pour une raison. Elle permet de mettre en lumière que, dans le cadre de mon enquête de terrain, les personnes sans abri que j'ai rencontrées suivent un « traitement médical » et ont un lien de « dépendance vis-à-vis de l'institution biomédicale et du médecin » (Bureau & Hermann-Mesfen, 2014). C'est au nom de ces deux dimensions que les sans-abri entrent en lien avec les deux dispositifs où j'ai mené mon enquête. Cela étant dit, deux précisions doivent être apportées.

D'une part, étymologiquement, rappelons que cette notion est issue du latin *patiens* (qui supporte, endure) et *patior* (souffrir, endurer, supporter) » (*Ibid*.). Elle renvoie plutôt à une dimension passive de l'expérience (Mol, 2009 [2008], p.65). Cependant, les enquêtes sociologiques, notamment d'inspiration interactionniste, ont depuis longtemps mis en avant le « travail » du patient (Strauss & *al*., 1982). Ainsi, comme le précise Annemarie Mol, « dans la logique du soin […] les gens qui cherchent de l'aide sont appelés "patients" pour de bonnes raisons : ils souffrent. Les patients ont une maladie qu'ils n'ont pas choisi d'avoir. Toutefois ceci n'implique pas que la logique du soin rend les patients passifs. Les activités de soin se partagent en fait entre médecins, infirmières, appareils, médicaments, aiguilles, etc. et les patients eux-mêmes qui accomplissent la tâche primordiale. Ils doivent manger et boire, injecter, mesurer, et/ou faire de l'exercice. Ils se soignent » (Mol, 2009 [2008], p.65). Cette thèse ne manquera donc pas d'interroger ce que font les patients pour leurs soins.

D'autre part, si je privilégie cette catégorie, d'autres seront mobilisées au regard des situations car le « patient » n'est jamais que « patient ». En effet, parfois le patient est aussi un « hébergé » d'un centre d'hébergement et c'est cette définition de la personne qui va être mise en avant par les professionnels qui l'accompagnent pour définir les soins auxquels il peut prétendre (par exemples des infirmiers peuvent passer dans cette structure). D'autres fois, le patient est aussi un « consommateur d'alcool » et c'est caractéristique qui sera au cœur de la relation de soin (par exemple pour envisager un sevrage ou une réduction de la consommation afin de suivre d'autres soins). Ainsi, le patient ne sera jamais réduit à cette seule facette de sa personne ; d'autres seront prise en compte pour analyser les relations de soins dans lesquelles il est engagé.

[15] Ces deux terrains seront présentés en détails dans le chapitre 1.

c/ Entre question sanitaire, question sociale et question urbaine

Paradoxalement, alors que le problème public du sans-abrisme a fait l'objet d'une médicalisation et que l'accès aux soins constitue l'un des enjeux et objectifs de l'urgence sociale, peu de recherches en sciences sociales inscrites dans le domaine du sans-abrisme (Choppin & Gardella (dir.), 2013) se sont intéressées aux relations de soins. Quelques exceptions notables existent néanmoins et c'est sur celles-ci que je souhaite m'arrêter en les présentant, de manière générale[16]. Ce retour sur la littérature existante me permettra, dans un second temps, de pointer un manque au sein de ces travaux : la faible voire l'absence d'articulation des questions médicale et sociale avec la question urbaine.

Isabelle Parizot (2003) fut la première à enquêter sociologiquement sur la question de l'accès aux soins des plus démunis. À partir d'une enquête qualitative dans des centres de soins gratuits – trois Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de la Mission France de Médecins du Monde et un dispositif précarité[17] d'un hôpital public – la sociologue distingue deux univers symboliques, à appréhender comme une « construction idéal-typique » (Parizot, 2003, p.156) :

> « Dans le cas de l'*univers symbolique médical*, c'est en référence à la prise en charge thérapeutique que les acteurs conçoivent et orientent leurs interactions. Les intervenants agissent au nom d'une logique et de valeurs professionnelles, si bien que leur pratique n'est pas différenciée, dans sa forme ni dans sa signification, selon qu'elle concerne ou non des malades en situation de précarité. L'*univers symbolique humaniste* en revanche correspond à une prise en charge interprétée comme une relation de soutien qui déborde de l'action thérapeutique. C'est la rencontre privilégiée avec des personnes en souffrance qui donnent sens à l'action des intervenants » (Parizot, 2003, p.155-156).

Si des éléments de l'univers symbolique médical traversent l'univers symbolique humaniste, et inversement, ces deux univers symboliques restent étroitement liés à un contexte institutionnel : le premier renvoie aux dispositifs précarités de l'hôpital public et le second aux centres de soins associatifs. Le travail comparatif entre les deux types de lieux où a été

[16] Ces travaux seront remobilisés au cours de la thèse pour discuter des points précis. Je me concentre ici sur des travaux qui ont mis au cœur de leur analyse la relation de soins et les interactions entre les personnes sans abri et des professionnels ou des bénévoles, à savoir ceux d'Isabelle Parizot, Yann Benoist et Laureline Coulomb. La thèse de Vianney Schlegel (2019) et la recherche de Valérie Wolff (2018) ne sont pas présentées ici car elles accordent une moins grande place aux interactions de face à face et analysent, d'abord, l'organisation du système de prise en charge médico-sociale.

[17] Les dispositifs précarités sont mis en place à partir de 1992 dans les hôpitaux publics (Parizot, 2003, p.3) et deviennent, à la suite de la loi 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

menée l'enquête permet d'analyser différemment les relations de soins et d'intégrer, dans une perspective qui se réclame explicitement du travail d'Erving Goffman dans *Asiles* (1968 [1961]), les effets des institutions sur la « carrière morale » des patients, les interactions dans lesquelles ils s'engagent et leurs expériences du soin.

Yann Benoist (2009), quant à lui, est le premier chercheur à avoir directement travaillé sur les relations de soins dans lesquelles sont engagées les personnes sans abri. Corrigeons la formulation et précisons dès maintenant que le terme de « sans-abri », tel que je l'utilise et l'ai défini dans l'encadré n°1, ne convient pas à cet ethnologue qui préfère le terme de « sans-logis ». Par cette catégorie, il inscrit son travail dans la lignée des recherches de Patrick Gaboriau et Daniel Terrolle qui cherchent à révéler les rapports de domination dont sont victimes les sans-logis et dont témoignent certaines dénominations que le chercheur doit déconstruire (Gaboriau & Terrolle (dir.), 2011 [2003]). Cette mise en avant des rapports de domination est particulièrement saillante dans l'analyse que mène Yann Benoist des interactions entre sans-logis et médecins. À partir d'une enquête de terrain dans différentes structures du Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier (CASH) de Nanterre dédiées aux personnes sans logis, l'ethnologue révèle un « ethnocentrisme médical ». Les difficultés des personnes sans logis à accéder aux soins médicaux s'expliqueraient par les représentations des professionnels de santé : « À quelques exceptions près, les patients SDF sont inévitablement perçus par leurs soignants à la fois comme des mauvais malades et comme des personnes dont l'altérité serait irréductible […]. De leur point de vue, leur comportement est scandaleux (ce sont des asociaux) et incompréhensible ou déraisonnable (ils se conduisent comme des enfants ou bien ils sont fous) » (Benoist, 2009, p.130-131). Cet « ethnocentrisme spontané » (*Ibid.*) constitue un « refus de l'altérité [qui] ne s'accompagne pas nécessairement d'une hostilité envers l'Autre, mais [qui] s'inscrit toujours dans le contexte d'un rapport de domination » (*Ibid.*). C'est pourquoi la relation de soin ne peut être qu'« illusoirement symétrique » puisqu'« il ne saurait être question, dans la relation soignant-SDF, d'échange réciproque, puisque ce qui y fait office de contre-don n'est rien d'autre que la soumission du malade » (*Ibid.*, p.73). Ce déroulement des interactions de soins s'inscrit dans un ordre institutionnel particulier : selon le chercheur, « le CASH constitue […] une survivance du "grand renfermement" » (*Ibid.*, p.45) – en référence explicite à Michel Foucault (2010 [1972]) – et doit être appréhendé comme une « institution totale » (Goffman, 1968 [1961]). Cette analyse de la relation de soin au prisme de l'ethnocentrisme médical est intéressante mais limitée. Si elle permet de comprendre ce qui se joue dans certaines interactions entre

médecins et patients, au regard de mon enquête de terrain, elle me paraît difficile à généraliser à la plupart des situations comme le fait l'auteur. Surtout, elle ne tient pas suffisamment compte du souci que peuvent avoir les professionnels pour les patients et ne permet pas de prendre au sérieux le travail dans lequel s'engagent des professionnels et des personnes sans abri pour *resymétriser* la relation de soin puisque celle-ci ne peut être qu'« illusoirement symétrique ». Néanmoins, l'enquête de Yann Benoist a le grand mérite de soulever la diversité et le décalage des représentations, et leur prolongement pratique dans les activités de soins, entre les sans-abri et les professionnels de santé. C'est une problématique que prolonge Laureline Coulomb, dans une approche interactionniste.

En écho aux travaux de Sylvie Fainzang (2006) et d'Anselm Strauss (1992), Laureline Coulomb (2018) analyse la relation de soin au prisme des « malentendus » et des « négociations » entre personnes sans abri et professionnels de santé. Les malentendus entre soignants et soignés sans abri sont nombreux. Les perceptions des soignants et soignés divergent principalement dans leur conception du « corps », de la « santé » et du « temps ». Au cœur de ces divergences apparaît une tension entre des savoirs profanes et des savoirs experts, entre des connaissances incarnées et des connaissances médico-scientifiques, entre l'expérience du malade et le regard du soignant. Le malentendu, qui peut revêtir la forme du conflit, émerge alors du fait que « chacun considère ses savoirs légitimes et véridiques » (*Ibid*., p.64). Si cette tension n'est pas propre à l'interaction entre soignants et soignés sans abri, elle se trouve renforcée du fait d'une forte méconnaissance des premiers sur les conditions de vie des seconds. Ces malentendus, qui constituent des freins pour accéder à certains soins, ont aussi, paradoxalement, leur vertu. En effet, « dès lors que les acteurs prennent conscience qu'ils ne se comprennent pas, ils sont en mesure de proposer d'autres modes d'interaction » (*Ibid*., p.236). Ces autres modes d'interaction sont analysés sur le registre de la négociation et du compromis. La sociologue décrit les négociations, sans cesse renouvelées, variables selon les institutions et dans lesquelles les patients sans abri sont plus ou moins sollicités et entendus. De manière originale, elle souligne également que le maintien des malentendus n'est pas seulement un frein à l'accès aux soins, il peut être, paradoxalement, un moyen d'y accéder lorsque les malentendus font office de « tiers » (*Ibid*., p.229), évitent le surgissement de conflits et permettent le maintien de l'interaction. L'analyse de la relation de soin que mène Laureline Coulomb est particulièrement fine et détaillée sur la problématique du « malentendu ». Et, en se focalisant sur ces situations, elle laisse la place à des travaux qui envisageraient autrement les interactions entre personnes sans abri et professionnels de santé ;

le malentendu étant une configuration particulière qui ne peut englober l'ensemble des interactions et de ce qui s'y joue.

Malgré des différences théoriques, les travaux d'Isabelle Parizot, Yann Benoist et Laureline Coulomb et, auxquels on peut ajouter l'enquête de Vianney Schlegel (2019) sur la professionnalisation de la prise en charge médico-sociale des sans-abri et celle de Valérie Wolff (2018) sur la prise en charge des personnes sans abri aux urgences, partagent le point commun de se focaliser sur ce qui se passe au sein des institutions, entre ses murs[18], comme si elles étaient coupées, à des degrés différents, du monde extérieur[19]. Malgré leurs apports, il est possible et nécessaire, dans un souci de cumulativité et de complémentarité des recherches, de formuler à l'encontre de ces travaux une critique que Claudia Girola (2007) soulevait déjà dans sa thèse afin d'insister sur l'importance de ne pas dissocier la Maison de Nanterre du quartier du Petit Nanterre, où elle est située, pour comprendre le quotidien des sans-abri :

> « À ce jour, il existe très peu de recherches et d'études sur l'interaction entre un espace socio-institutionnel à caractère social et "total" (hôpital psychiatrique, asile ou espace d'accueil pour les plus démunis, prison…), en l'occurrence le CASH de Nanterre […] et l'espace environnant dit "extérieur" et public, ici, le quartier du Petit Nanterre. La plupart des études abordent ces établissement "de l'intérieur" et s'arrêtent à leurs portes […]. Une sociologie fonctionnaliste a voulu voir dans ces "mondes apparemment clos" des microcosmes et des "modèles réduits de la société". Les fissures et les possibles points d'ouverture de ce monde fermé n'ayant pas été considérés comme tels mais comme des dysfonctionnements, des pathologies ou des "effets pervers", ils ont été évacués de l'analyse. Ces espaces ont ainsi été complètement a-historicisés et décontextualisés. Ce cadre théorique a renforcé la vision "séparatrice" entre ces institutions et le monde dit "extérieur". Celui-ci apparaît quasiment comme un décor, un contexte éloigné qui aurait peu d'influence sur la vie des personnes "placées" à l'intérieur » (Girola, 2007, p.94-95).

[18] Pourtant l'institution n'est pas synonyme d'établissement, comme en atteste les « institutions hors les murs » telles que les équipes mobiles intervenant dans l'espace public auprès des sans-abri. Vianney Schlegel et Laureline Coulomb ont enquêté au sein de ces institutions mais en laissant en arrière-plan l'environnement urbain dans lequel elles interviennent.

[19] Cette coupure avec l'extérieur est l'une des caractéristiques majeures de « l'institution totale », entendue « comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968 [1961], p.41). Néanmoins, quelques lignes plus loin, Erving Goffman précise que son analyse des institutions totales repose sur une « méthode idéal-typique » et que chaque institution totale présente « avec une intensité particulière, plusieurs des caractéristiques qui définissent le type » (*Ibid*., p.41). Partant de là, la séparation d'avec l'extérieur n'est jamais absolue et varie selon les institutions ; un lien, plus ou moins fort, perdure entre l'intérieur et l'extérieur. Sur ce point voir par exemple, le travail ethnographique de Léonore Le Caisne (2009) qui insiste sur le maintien et la persistance de liens (sociabilités, réputations, pratiques) entre l'extérieur (la cité) et l'intérieur (la prison pour mineurs).

Pour reformuler cette critique, il me semble que les travaux qui se sont directement intéressés à l'accès aux soins des sans-abri et à leur prise en charge médico-sociale, ont articulé la question sanitaire avec la question sociale au détriment de la question urbaine, pourtant constitutive du problème public du sans-abrisme. Les interactions entre les professionnels soignants et les personnes sans abri sont analysées dans des institutions de soins – l'hôpital, les urgences, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, des institutions d'hébergement médicalisé, des centres de soins humanitaires – déconnectées de la ville et de l'espace public. Pourtant, comme le rappelle Isaac Joseph en commentant des enquêtes ethnographiques nord-américaines consacrées aux sans-abri, « la question sociologique de la pauvreté exposée se distingue de la sociologie du vagabondage et s'inscrit dans le tableau de l'urbanité comme mode de vie et, notamment, dans les problématiques des rapports entre habitat et espaces publics urbains » (Joseph, 2007 [2003], p.428). Le sans-abrisme se situe en effet au croisement de la question sociale et de la question urbaine[20], comme le rappellent avec minutie les parcours ethnographiques de Kim Hopper (2003) aux États-Unis et de Pascale Pichon (2010) en France : les ethnographes suivent, dans le cadre d'une « observation dispersée » (Pichon, 2009), les personnes sans abri dans leurs circulations entre les espaces publics et les institutions d'assistance et/ou de soin. L'analyse se concentre autant sur la ville – la manière dont elle est investie, les protections et les refuges qu'elle propose, les ressources que les personnes y trouvent mais aussi l'inaccessibilité de certains espaces, les instruments urbains d'expulsion et les problèmes auxquels les personnes doivent faire face – que sur l'assistance – la diversité des institutions et de leurs services, les formes d'accueil et d'accompagnement (médico-)social selon les publics, l'expérience de la prise en charge, ses troubles et ses épreuves. Réintroduire cette question urbaine dans l'analyse de la relation de soin dans laquelle sont engagées les personnes sans abri, telle est l'une des manières de lire les apports de l'enquête conduite par Daniel Cefaï et Édouard Gardella (2011) sur le Samusocial de Paris. Leur analyse des épreuves pratiques et morales rencontrées par les professionnels des équipes mobiles d'aide (EMA) engage une réflexion sur la manière dont ces derniers interviennent *dans* et *avec* l'espace public. Celui-ci n'est pas réduit à un simple décor : sa configuration matérielle, son aménagement, les habitudes qui s'y créent, les règles qui y régissent les interactions et les personnes qui y circulent sont autant d'éléments avec

[20] D'ailleurs, la recherche sur le sans-abrisme a été favorisée et s'est développée en France en étroite articulation avec l'actuel Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), comme le rappelle Pascale Pichon dans sa présentation lors des journées d'étude du Réseau « Aux frontières du sans-abrisme » (Lyon, École Normale Supérieur, 2018).

lesquels les professionnels doivent composer dans leurs échanges avec les sans-abri, dans l'accompagnement qu'ils proposent et qu'ils mettent en œuvre. Si ma thèse partage avec le travail de Daniel Cefaï et Édouard Gardella (2011) le souci d'articuler les questions sociales et urbaines, propres au sans-abrisme, avec la question sanitaire, elle le fait en suivant une autre voie. Il ne s'agit pas d'analyser comment la relation de soin s'accomplit dans l'espace public – même si la thèse, en particulier la Partie 2, reviendra sur de telles situations – mais de comprendre comment ce qui se passe dans l'espace public est intégré dans la relation de soin, que celle-ci s'accomplisse à l'intérieur ou à l'extérieur des murs d'un établissement institutionnel. Je cherche dans cette thèse à saisir comment des éléments relatifs à l'expérience du sans-abrisme *entre* la rue et l'assistance (Pichon, 1996) sont intégrés dans la définition et l'accomplissement des soins, par les professionnels et les personnes sans abri elles-mêmes. Il ne s'agit donc pas seulement d'analyser comment l'institution se déploie hors les murs de l'établissement[21] mais aussi de comprendre comment ce qui se passe dans l'espace public ne s'arrête pas aux portes de l'établissement mais s'y diffuse. Cette perspective de recherche vise ainsi à articuler la question sociale, la question urbaine et la question sanitaire.

***

Ce premier temps de l'introduction a permis de circonscrire l'objet de cette recherche : les relations de soin dans lesquelles sont engagées les personnes sans abri. Cette thèse s'inscrit en prolongement et en complémentarité des rares travaux existants en essayant d'articuler la question sanitaire avec les questions sociale et urbaine, constitutives du sans-abrisme. Dans un deuxième temps de cette introduction, je souhaite faire un pas supplémentaire vers ma problématique en présentant le cadrage théorique mis en place pour analyser ces relations de soin.

[21] C'est ce que j'analyserai dans le chapitre 2 en retraçant de manière socio-historique la création du Samu Social lyonnais et de deux équipes médico-sociales dédiées à l'accès aux soins des sans-abri

2/ Une sociologie de l'exercice du jugement

Pour comprendre les relations de soin dans lesquelles sont engagées les personnes sans abri, je propose de suivre une perspective microsociologique des interactions, centrée sur l'analyse des processus de cadrage des personnes sans abri opérés par les professionnels et les sans-abri eux-mêmes (a). Ces processus de cadrage soulèvent des questions relatives au statut de « personne » des sans-abri. Ces questions émergent à partir de l'expérience d'un trouble que j'ai vécu au début de mon enquête de terrain et que je propose de décrire en le mettant en discussion avec la figure goffmanienne de la « non-personne » (b). L'existence de situations où les personnes sans abri sont perçues comme des *non-personne* me conduit à élaborer, en miroir, un idéal-type du *patient-comme-personne* ; les processus de cadrage se répartissant entre ces deux pôles en tension (c)

a/ Une approche écologique des processus de cadrage des sans-abri

Dans un texte classique, William I. Thomas – l'une des figures clé de la tradition sociologique de Chicago (Chapoulie, 2001) – met en lumière les processus de « définition de la situation » dans lesquels les personnes s'engagent avant d'agir :

> « Toute conduite auto-déterminée est précédée d'une phase d'examen et de délibération, que nous pourrions appeler *définition de la situation*. […] Mais l'enfant vient au monde dans un groupe qui a déjà défini tous les grands types de situations susceptibles de se présenter, et qui a déjà élaboré des règles de conduite appropriées. L'enfant qui naît alors dans ce groupe n'a donc pas la moindre chance d'établir ses propres définitions, ni de suivre ses propres désirs, sans interférence[22] » (Thomas, 2009 [1923], p.80).

L'approche de William I. Thomas a directement nourri l'interactionnisme symbolique de Herbert Blumer (1998 [1969]) et la phénoménologie sociale d'Alfred Schütz (2008 [1971]) qui, malgré des différences, ont un même « schème de pensée » que Michel de Fornel et Louis Quéré (1999) résument ainsi : « Pour agir avec quelque chance de succès, les individus doivent se comporter d'une manière adaptée à la situation dans laquelle ils se trouvent, et donc se représenter celle-ci de la façon la plus adéquate possible » (de Fornel & Quéré, 1999,

[22] La perspective de William I. Thomas est généralement réduite au « théorème de Thomas » formulé par Robert K. Merton : « Quand les hommes considèrent certaines situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences » (Merton, 1997 [1957], p.169). Robert K. Merton ne retient que la première partie de la citation de William I. Thomas et oublie la seconde, mettant en lumière seulement l'interprétation des situations par les personnes.

p.11). Ces approches envisagent ainsi les manières d'agir dans une situation, à partir des processus de définition de la situation qui les précèdent. Malgré tout l'intérêt de ce modèle, une objection, sous forme d'interrogation, peut être émise : la situation est-elle définie *avant* l'action, comme le suppose William I. Thomas, ou se définit-elle *au cours* de l'activité même ? L'ethnométhodologie apporte une réponse à cette problématique :

> Les agents « ne semblent pas beaucoup se préoccuper de définir précisément les conditions de leurs actions, du moins tant qu'il n'y a pas d'anicroche, et ils se satisfont souvent de conjectures plutôt vagues, qu'ils modifient au vu et au gré des circonstances. Les situations demeurent donc en grande partie indéterminées, mais cette indétermination n'est pas un handicap d'un point de vue pratique. Pour l'ethnométhodologie, *une situation est quelque chose qui se révèle et se découvre progressivement* en fonction d'un engagement dans un cours d'action, et à la lumière à la fois du développement des circonstances et de l'émergence des conséquences entraînées par les décisions prises, par les actions réalisées ou par les évènements contingents qui se produisent. Si conscience de la situation il y a, elle paraît plutôt être le résultat concret d'une *enquête-en-contexte dans le cadre d'une activité en cours* » (de Fornel & Quéré, 1999, p.14-15, je souligne).

Il me semble que cette proposition trouve un écho en sociologie de la santé dans des ethnographies, ne se revendiquant pas nécessairement de l'ethnométhodologie, qui se sont intéressées au travail des professionnels hospitaliers et ont analysé comment ces derniers définissent *in situ* les situations ou, plus exactement, les *patients-en-situation*. Les patients font l'objet d'une évaluation de la part des professionnels qui n'est pas arrêtée avant la rencontre mais qui s'accomplit au cours de l'interaction à partir de ce qu'ils observent, de ce qu'ils entendent, de ce qu'ils connaissent, de ce qu'ils se représentent. Cette définition les conduit à ajuster leurs pratiques, les soins qu'ils apportent ou les informations qu'ils transmettent (Glaser & Strauss, 2016 [1968] ; Sudnow, 1967 ; Roth, 1972 ; Dodier & Camus, 1997a ; Fainzang, 2006). Ce sont ces enquêtes-en-contexte qui m'intéressent dans cette thèse et que j'appréhenderai sous l'angle de *processus de cadrage*. La notion de « cadre » fait référence au travail d'Erving Goffman (1991 [1974]) et doit être entendue comme un « dispositif cognitif et pratique d'organisation de l'expérience sociale qui nous permet de comprendre ce qui nous arrive et d'y prendre part. Un cadre structure aussi bien la manière dont nous définissons et interprétons une situation que la façon dont nous nous engageons dans un cours d'action » (Joseph, 2009 [1998], p.123). Dans ma recherche, je m'intéresse à ces processus de cadrage et, plus précisément, aux formes de cadrage de l'individu (Dodier, 1993) ; s'engage alors une « sociologie de l'exercice du jugement » (*Ibid.*), pour laquelle « le terme de "jugement" [n'est] pas réservé à un énoncé produit dans une enceinte judiciaire, ou à

l'affirmation d'une valeur. Il [s'étend] aux diverses façons selon lesquelles les acteurs ordinaires saisissent les actions des autres à partir de repères (fussent-ils locaux) qui servent de référence à l'ajustement des conduites » (Thévenot, 1992, p.1282-1283). Dans cette thèse, il s'agit d'analyser comment les professionnels – principalement des médecins, des infirmiers et des travailleurs sociaux – cadrent les personnes sans abri à mesure qu'ils les rencontrent mais aussi comment les personnes sans abri elles-mêmes se cadrent et se définissent dans la relation de soin[23]. J'interrogerai ainsi les (dés)ajustements qui émergent d'une potentielle diversité de cadrages dans la relation de soin : les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne sans abri peuvent la cadrer de manières très différentes, de même cette dernière peut se définir autrement qu'elle ne l'est par les professionnels qui l'accompagnent. Comment s'élaborent ces processus de cadrage ? Comment les professionnels coordonnent-ils leurs manières de cadrer les sans-abri ? Que se passe-t-il quand il y a un désaccord de cadrage entre les personnes engagées dans la relation de soin ?

Pour se donner les moyens de répondre à ces questions, approfondissons les fondements théoriques de l'usage que je fais du concept de « cadre ». L'activité de cadrage, s'accomplissant au cours des situations et de situations en situations, est indissociablement liée à l'expérience : les processus de cadrage s'élaborent sur un socle de connaissances qui se constitue lui-même à partir d'une « réserve d'expériences préalables » vécues directement ou qui nous ont été transmises par d'autres personnes (Schütz, 2008 [1971], p.12). Avoir travaillé dans un service des urgences durant plusieurs années, y avoir fait l'expérience de l'accueil des sans-abri, conduit une infirmière d'une équipe mobile dédiée à l'accès aux soins de ce public à ajuster ses pratiques d'accompagnement et donc de cadrage, comme nous le verrons dans le chapitre 2. De même, l'expérience récente, vécue positivement par les professionnels, d'une autorisation à consommer de l'alcool accordée à une femme sans abri – dans une institution de soin où elle est règlementairement interdite –, les conduit à ne pas juger *a priori* les conséquences de l'alcool et les amènent à considérer que le produit peut avoir une place dans les soins qu'ils vont apporter à d'autres personnes, comme nous le verrons dans le chapitre 5. Chaque expérience enrichit le socle de connaissances, en les renforçant, en les corrigeant, en les remaniant, de sorte qu'il est impossible d'anticiper la teneur des processus de cadrage. Il faut les appréhender selon un principe d'« indétermination relative » qui « consiste à considérer que les actions humaines possèdent une forme de régularité et, partant, de

[23] C'est un point important car les recherches sur le sans-abrisme s'intéressent généralement soit aux pratiques des aidants et des soignants, soit à celles des personnes sans-abri. Je tenterai dans ce manuscrit de présenter les perspectives des deux côtés de la relation de soin.

prévisibilité, mais que celles-ci ne peuvent en aucun cas, et quel que soit l'effort fait en ce sens, être absolues » (Lemieux, 2018, p.33).

Si l'activité de cadrage repose sur une réserve d'expériences, il est essentiel de préciser qu'elle ne peut se réduire à un individu et à ses seules interprétations. Il faut éviter une lecture individualiste et stratégique du concept de cadre[24] pour l'appréhender dans une approche écologique « qui ne part pas d'individus constitués, ni de milieux déjà donnés, mais du couplage structurel entre individu et milieu, par lequel ils ne cessent de se produire et de se transformer » (Bidet & *al*. 2013, p.176). Le processus de cadrage engage une diversité d'acteur et doit être saisi au prisme d'une cognition distribuée :

> « L'idée de cognition socialement distribuée renvoie au fait que les individus travaillant en coopération sont susceptibles d'avoir des connaissances différentes et sont donc tenus de dialoguer pour mettre leurs ressources en commun et négocier leurs différences en vue d'accomplir telle ou telle tâche […]. Parce qu'aucune source de connaissances ne dispose à elle seule des informations suffisantes à l'accomplissement du travail nécessaire, elles ne peuvent faire autrement que coopérer – telle est l'hypothèse sous-jacente » (Cicourel, 2002 [1990], p.146-147).

Reprenant l'idée d'une « distribution sociale de la connaissance » (Schütz, 2008 [1971], p.20-21), Aaron V. Cicourel envisage ainsi l'accomplissement du diagnostic médical comme un travail de coopération plus ou moins fluide, plus ou moins chaotique, qui engage une multiplicité d'acteurs – le médecin, le patient, les proches de ce dernier, d'autres professionnels, des bénévoles – ayant des informations différentes et complémentaires. Le cadrage des individus « dépend d'un *réseau complexe et distribué de connaissances* » (Joseph, 2004, p.74) : il s'accomplit progressivement au cours de la situation et au fil des situations – c'est pourquoi je parle et continuerai de parler de *processus* de cadrage – à partir d'une pluralité d'informations issues des différentes personnes engagées dans la relation de soin et qui gravitent autour de la personne soignée. Ces informations ne sont jamais que verbales et peuvent prendre aussi des formes non verbales ; les gestes, les manières de se déplacer ou les habits portés peuvent par exemple constituer des indices pour cadrer les individus. Par ailleurs, ces informations ne proviennent pas seulement des personnes présentes mais aussi des objets disponibles dans l'environnement (Hutchins, 1994 ; Cicourel, 2002 ; Conein, 1994) où se déroulent les rencontrent – dans les cas qui vont nous occuper

[24] Sur ce point, voir le retour critique de Daniel Cefaï (2001) sur l'utilisation du concept de « cadre » dans l'analyse de l'action collective et des mouvements sociaux (Bendford & Snow, 2012 [2001]). Selon lui, cet usage de la notion engage une « conception stratégique de l'action » (Cefaï, 2001, p.51) en décalage avec l'approche d'Erving Goffman.

dans cette thèse, ce sont par exemple des dossiers de patients, des résultats médicaux ou des notes écrites qui vont contribuer aux processus de cadrage. C'est pourquoi ces derniers doivent être replacés dans leurs contextes à la fois situationnel et institutionnel[25] car ils sont indissociablement liés à cet « environnement partenaire » (Quéré, 2006) dans lequel les personnes les accomplissent. En effet, l'environnement dans lequel se déroulent les interactions rend disponible une multiplicité de « prises » (Gibson, 2014 [1979] ; Joseph, 1997 ; Joseph, 2003) pour l'activité de cadrage – et donc de soin – dont les personnes peuvent se saisir ; il offre des possibles, qui peuvent favoriser la mise en place d'expérimentations qui redéfinissent la manière de (se) soigner, en même temps qu'il contraint, fixe des règles et délimite des critères normatifs de ce que doit être le soin. Il s'agit alors d'engager une réflexion sur le soin qui envisage sa définition et son accomplissement au croisement d'un triptyque constitué de la personne sans abri, de ses partenaires d'interaction et de l'environnement où elles se déroulent. Pour résumer, ma démarche relève ainsi d'une approche écologique de la relation de soin qui, à l'instar de « l'écologie des activités analyse donc d'abord des *échanges* explicites ou furtifs, verbaux ou posturaux, entre personnes présentes dans un champ de visibilité […]. Elle tient compte également de l'*environnement* physique et sensible dans lequel se déroulent ces échanges. Enfin, elle prend en compte les *objets* auxquels les participants font jouer un rôle, les sollicitant pour agir, contrôler ou anticiper leur action » (Joseph, 2009 [1998], p.71). Cette approche écologique qui insiste, d'un point de vue méthodologique, sur l'observation d'activités *en train de se faire*, se double ici d'une préoccupation socio-historique. En effet, il importe de penser l'historicité de ces environnements qui, comme le rappelle Louis Quéré (1999), sont à la fois matériel (par exemple la configuration des espaces ou les objets disponibles) et socioculturel (par exemples les règles explicites ou implicites qui régissent les interactions), pour comprendre comment ils

[25] Le contexte, dans une perspective goffmanienne, est défini comme le « cadre local et perceptif dans lequel se déroule une activité et espace de parole auquel les participants se réfèrent au cours de l'échange. Du point de vue d'une écologie des activités, le terme désigne l'environnement et les ressources disponibles. Du point de vue de la cognition située, il renvoie aux indices permettant aux participants de faire des inférences sur l'action ou la conversation en cours » (Joseph, 2009 [1998], p.123). À cette première définition, j'ajoute la distinction qu'opère Aaron V. Cicourel : « Une première acception de ce terme renvoie au cadrage institutionnel des activités : les théoriciens des sciences sociales font couramment allusion aux normes prescriptives groupales qui contraignent ou canalisent les individus en leur assignant des titres, des compétences supposées, des devoirs ou des responsabilités lié(e)s au nombre fini d'activités distinctives auxquelles ils s'adonnent à certains moments dans certains espaces physiques. C'est à l'intérieur de ce contexte institutionnel (ou cadrage des activités) qu'apparaissent des processus verbaux émergents qui permettent de définir le "contexte" au sens plus étroit d'interaction localement organisé et négociée » (Cicourel, 2002 [1992], p.119).

favorisent, rendent possible et disponible[26] certaines manière de cadrer les individus – sans pour autant les déterminer mécaniquement – en même temps qu'ils sont reconfigurés et qu'ils évoluent sous l'impulsion des façons de cadrer les personnes, et donc de les soigner[27].

b/ Fragment d'une situation originelle : le patient sans abri comme « non personne »

Comment les patients sans abri sont-ils cadrés par les professionnels et comment se cadrent-ils eux-mêmes dans la relation de soin ? Telle est l'une des questions qui servira de fil conducteur à la thèse. Mais empiétons légèrement sur les réponses qui vont lui être apportées par le travail d'analyse, pour avancer dans la formulation de la problématique. Retrouvons Monsieur Claude, avec qui cette introduction a débuté, et arrêtons-nous sur une consultation médicale chez un gastroentérologue où j'ai eu l'occasion de l'accompagner. Nous sommes le mercredi 13 novembre 2013, une petite dizaine de jours après le début de mon enquête de terrain au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH), un dispositif dédié à l'accès aux soins des sans-abri rattaché à un hôpital de l'agglomération lyonnaise, comme je le présenterai en détails dans le chapitre 1. Cette consultation médicale a constitué durant mon enquête de terrain une situation originelle à l'aune de laquelle j'ai analysé d'autres consultations médicales ; j'y suis revenu régulièrement, comparant, cherchant les similitudes et les décalages avec d'autres de mes observations. Elle fut un point de référence en raison du trouble, de l'émotion que j'ai ressentie sur le moment et *a posteriori*. Le partage de cet affect ne vise pas à se « chatouiller l'ego » (Favret-Saada, 2009, p.158), l'émotion n'est pas intéressante en elle-même, elle vaut d'être ici exposée pour les interrogations qu'elle m'a amené à soulever et les pistes de recherche qu'elle m'a invité à explorer. Elle mérite d'être retenue car elle affecte de manière décisive la compréhension du terrain (Emerson, 2003 [1981], p.415). Si je fus tant touché par cette situation c'est d'une part parce qu'elle est arrivée tôt dans mon enquête de terrain, à un moment de découvertes et de surprises potentiellement déstabilisantes. D'autre part, l'émotion est renforcée car j'ai été ici affecté à la « première personne » (Gonzalez, 2014). En effet, c'est la seule fois où j'ai accompagné seul une personne sans abri chez un médecin généraliste ou spécialiste ; les autres fois

[26] Je fais écho à la formule de Danny Trom qui, dans un article consacré à la notion de « motifs », écrit qu'ils sont « rendus disponible par les situations » (Trom, 2001, p.119).

[27] Cette posture entre en résonnance avec celle de trois figures fondatrices de la tradition sociologique de Chicago : « Mead, Thomas et Park sont antidéterministes en ce sens qu'ils recherchent un point d'équilibre entre des acteurs totalement libres dans leur volonté et des acteurs dont les actions sont assez strictement déterminées, autrement dit soumises à des contraintes » (Strauss, 1992 [1978b], p.257).

j'accompagnais un professionnel qui accompagnait lui-même une personne sans abri. Je ne vais pas reprendre en détails cette consultation médicale qui fera l'objet d'une analyse ultérieure[28]. Je souhaite simplement m'arrêter sur un court moment de cette situation, quelques secondes tout au plus. Monsieur Claude, qui en est à sa seconde consultation médicale de la matinée, est allongé sur le lit d'auscultation, le médecin debout à ses côtés en train de l'examiner. Je suis assis près du bureau du médecin, à quelques mètres d'eux, et observe directement la scène ; aucune cloison ou aucun paravent ne sépare le bureau du lit d'auscultation. Monsieur Claude, qui a quitté son épais manteau avant de s'allonger, semble avoir chaud ; les cheveux humidifiés par un début de transpiration au niveau des tempes constituent un indice. Je décèle plus nettement des traces de sueurs sur son visage, rougi par l'effort, quand le médecin lui demande de tendre ses bras et d'écarter ses doigts. Ce dernier s'exécute mais, en raison du manque d'alcool, tremble et échoue à accomplir le geste dans sa totalité. L'état du corps se manifeste à travers des signes – tremblements, rougeur, sueur – et le médecin fait ainsi parler le corps. Il se tourne vers moi, me regarde et m'explique : « Ouais c'est ça, là nous avons un pré delirium tremens c'est à dire qu'il n'est pas en delirium mais il a les prémisses du delirium avec… donc à la rigueur vaut mieux qu'il boive un coup. » Je suis à ce moment-là surpris : pourquoi le médecin s'adresse-t-il à moi et pas à Monsieur Claude ? Certes le patient est en état de manque, une situation difficile, mais il est encore en capacité de participer à l'interaction, de parler et de comprendre ce qu'on lui dit, comme on le verra lorsque j'analyserai en détails cette rencontre. D'autres observations de consultations médicales avec un professionnel de l'Équipe Mobile du RSRH, dont l'une avec ce même gastroentérologue, m'amène à affirmer que le médecin s'adresse prioritairement à la personne qui a selon lui le plus de « compétences médicales » (Boltanski, 1971) pour transmettre les informations (Fainzang, 2006). Dans cette situation c'est moi, non pas parce qu'il sait que je suis doctorant en sociologie, mais parce que je remplace le tiers-infirmier qu'il connait. Une fois sortie de la consultation médicale, nous allons dans le café le plus proche, Monsieur Claude a « besoin de boire un coup », comme il me dit. Il prend un verre de vin blanc qu'il boit en trois gorgées. Je lui demande si ça va. Avec soulagement, il me répond que « ça fait du bien ». Le médecin avait vu juste : il avait besoin de boire. Nous ne nous attardons pas. À peine sortis, il vomit un peu de bile mais s'empresse de me préciser que ça va. Inquiet, je préfère rester avec lui : je l'accompagne en transports en commun à la station de métro où il a ses habitudes et m'installe à ses côté, avec son accord, alors qu'il s'apprête à faire la manche.

[28] Dans la section 1 du chapitre 2.

Souhaitant partager mon malaise, sans pour autant orienter et influencer sa réponse, je lui demande « comment il a trouvé le médecin ». Il me répond qu'il l'a « trouvé sympa » et oriente la discussion vers un autre sujet.

Dans les heures et les jours qui suivent je m'attache à décrire, à partir des notes prises *in situ* et après la situation, cette consultation médicale. Par l'écriture et l'expériences de futures observations, je comprends que mes « affects » sont directement associés à un questionnement sur les « places » (Favret-Saada, 2009, p.145-161) auxquelles Monsieur Claude et moi-même avons été assignés par le médecin : à quelles places nous assignent-ils respectivement lors de cette consultation ? Et en quoi ces places témoignent-elles de la manière dont il nous perçoit et nous définit ? Émerge frontalement et explicitement la question des cadrages opérés par le médecin et de premières réponses se révèlent. J'apparais aux yeux du médecin comme l'interlocuteur privilégié à qui transmettre des informations et Monsieur Claude semble réduit à un corps à ausculter. Un corps impersonnel, celui de n'importe qui exposant les symptômes du manque d'alcool, les prémisses du delirium tremens. C'est comme si, durant ces quelques secondes, Monsieur Claude n'avait plus été là, avait disparu de la situation : il est exclu du jeu des regards – le médecin me regarde et je le regarde – qui délimitent les participants à cet engagement de face (Goffman, 2013 [1963], p.80-83) et, symboliquement, l'usage de la troisième personne du singulier renforce ce sentiment d'absence. Le médecin parle *de* lui mais ne parle pas *à* lui. C'est comme si, durant ces quelques secondes, Monsieur Claude avait été cadré par le médecin comme une « non personne », pour reprendre un concept d'Erving Goffman.

La « non personne » est l'un des innombrables concepts, plus ou moins définis, que déploie Erving Goffman afin d'analyser les interactions de face-à-face ; une profusion qui rend d'ailleurs sa sociologie particulièrement propice pour penser des pratiques centrées sur la rencontre comme le travail social, la relation d'aide et de soin (Garneau & Namian (dir.), 2017). Dans son œuvre, on trouve plusieurs occurrences du concept de « non personne » : le terme est mentionné dans *Stigmate* (1975 [1963], p.31), mais ce sont les trois pages dans *La présentation de soi* (1973 [1959], p.146-148) et les quelques paragraphes dans *Comment se conduire dans les lieux publics* (2013 [1963], p.74 et 116) qui permettent de le définir[29]. Dans le premier ouvrage, la définition de la « non personne » débute de la manière suivante :

[29] Notons que le concept de « non personne » est déjà présent dans la thèse d'Erving Goffman (1953), comme l'indique Andrew Travers (2002 [1999]). Ce dernier ajoute que cette première apparition repose sur le terrain qu'Erving Goffman a mené aux îles Shetland mais qu'elle s'appuie aussi sur des références littéraires et en particulier sur l'ouvrage de George Orwell, *Dans la dèche à Paris et à Londres*. N'ayant pas lu directement la

> « Il existe un autre rôle contradictoire, celui de la “non-personne”. Ceux qui jouent ce rôle *sont présents durant l’interaction*, mais à certains égards ils n’assument ni le rôle d’acteur ni le rôle de public, pas plus qu’ils ne prétendent être ce qu’ils ne sont pas […]. Peut-être le type classique de la non-personne, dans notre société, est-il le domestique[30]. On attend de lui qu’il soit présent dans la région antérieure pendant que le maître de maison donne le spectacle de son hospitalité à ses invités. Alors que, sous certains rapports, le domestique fait partie de l’équipe du maître de maison […], à certains égards *il est défini à la fois par les acteurs et par le public comme quelqu’un qui n’est pas là* » (Goffman, 1973 [1956], p.146, je souligne).

Cet extrait permet de commencer à définir la « non personne » : il s’agit d’un être humain, physiquement présent dans une situation d’interaction qui est défini – cadré, pourrait-on dire pour reprendre le terme privilégié dans cette thèse – par les autres individus comme « quelqu’un qui n’est pas là ». Les personnes le voient mais ne tiennent pas compte de sa présence ou, plutôt, continuent d’agir comme s’il n’était pas là ; tel était mon sentiment lorsque le médecin s’est tourné vers moi pour formuler son diagnostic concernant Monsieur Claude. Une dialectique entre visibilité et invisibilité, entre présence et absence est ici à l’œuvre. Celle-ci passe principalement par la vue, ce sens si important dans les interactions sociales (Simmel, 2013 [1908], p.630), avec des jeux de regard qui délimitent les participants ratifiés à la situation ; regards qui sont chargés de valeurs, qui expriment un manque d’égard envers la « non personne » pouvant aller jusqu’à une forme de mépris voire même un déni d’humanité :

> « Ainsi, aux îles Shetland, le sentiment général était que les marins inconnus, *s’ils avaient l’air* britannique, devaient être compris dans le cercle de l’humanité, à la différence de ceux qui provenaient de ports étrangers. Ces derniers étaient croisés et *regardés comme s’ils n’étaient pas des objets sociaux, mais plutôt, des objets physiques*. Ils tendaient à être traités comme des non personnes » (Goffman, 2013 [1963], p.116, je souligne).

---

thèse d’Erving Goffman, qui n’a pas été publiée, je ne développerai pas ce point qu’il me semble néanmoins intéressant de mentionner : il semble y avoir un lien (étroit) entre les descriptions relatives à la « grande pauvreté » réalisées par George Orwell et le concept de « non personne » tel que l’envisage Erving Goffman. En mobilisant ce concept dans le champ du sans-abrisme, ma thèse vient, d’une certaine manière, réactualiser ce lien.

[30] Erving Goffman donne d’autres exemples comme le « chauffeur de taxi », « le garçon d’ascenseur », « les personnes très jeunes, les très vieilles et les malades » (Goffman, 1973 [1959], p.147). Jack Katz donne un autre exemple qui montre la potentielle diversité des « non personnes » : « Vous êtes en train de manger votre barbecue et le gars d’à côté vous le prend des mains, sans rien demander. Vous n’êtes rien ; vous êtes traité comme si vous n’existiez pas, comme une non-personne dirait Goffman. Qu’est-ce qui se passe ici ? Vous vous trouvez jeté hors de la communauté, traité comme une non-personne, comme si vous ne faisiez pas partie de la communauté humaine » (Katz, 2013).

Les mots d'Erving Goffman sont extrêmement forts, et c'est ce mépris perceptif envers la « non personne » qui distingue ces jeux de regards de ceux caractéristiques de l'« inattention civile » (Goffman, 2013 [1963], p.74). Comme le pointe Anthony Pecqueux, ce mépris perceptif ouvre la réflexion sur de possibles articulations du concept de « non personne » avec la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth. En effet, ce dernier a « fondé sa théorie de la reconnaissance à partir du roman de Ralph Ellison, *L'homme invisible*, dont le narrateur (noir) n'est tout simplement pas "vu" par les blancs qui l'entourent : il subit par là "une forme particulièrement subtile d'humiliation raciste", par laquelle il est réduit à "une non-existence au sens social du terme" (Honneth, 2005, p.39) » (Pecqueux, 2015). La « non personne » n'est ainsi pas reconnue comme un candidat et un partenaire de l'interaction. La reconnaissance et son envers, le déni de reconnaissance, possèdent un « caractère performatif » (Honneth, 2008 [2006], p.233) et s'expriment à travers des gestes et des regards. Cependant, ce schéma unidirectionnel se complexifie et se nuance lorsque Erving Goffman mentionne qu'un individu peut lui-même endosser ce rôle de « non personne » et y trouver un intérêt :

> « Il semble que le rôle de non-personne entraîne habituellement un certain manque d'égards pour celui qui joue ce rôle et qu'il le mette en position d'infériorité. Mais *il ne faut pas minimiser le fait que la personne à qui on confie ce rôle, ou qui le prend d'elle-même, peut s'en servir comme d'un moyen de protection* » (Goffman, 1973 [1956], p.147, je souligne).

La perspective d'Erving Goffman invite donc à penser comment des individus en *cadrent* d'autres comme des « non personnes », mais aussi comment elles peuvent se *cadrer* elles-mêmes comme des « non personnes ». Elle indique également qu'un même processus de cadrage peut revêtir des significations différentes selon les individus : les uns vont rattacher du mépris et de « l'hostilité » (Goffman, 1973 [1956], p.148) à la « non personne » quand d'autres vont y trouver un moyen de protection.

Finalement, si j'ai trouvé, dans le moment de la consultation médicale avec Monsieur Claude que j'ai relaté, une résonnance avec le concept de « non personne » – sur le versant du mépris et du manque d'égard – il n'est pas question ici de généraliser et d'affirmer que les personnes sans abri sont traitées et soignées ainsi. Au regard de mon travail de terrain, aucune situation observée ne peut être totalement et exclusivement interprétée à l'aune de ce concept et même la consultation médicale de Monsieur Claude chez le gastroentérologue comporte des moments qui s'écartent de cette analyse. Néanmoins l'expérience d'une telle situation m'a amené à m'interroger : si, dans certains cas, les sans-abri peuvent être définis comme des

« non personnes », en quoi peuvent-ils être, à l'inverse, pris en charge comme des *personnes* ? Et, dans ce cas, que signifierait une prise en charge du *patient comme personne* ? Cette question réactualise celle formulée par Isabelle Baszanger qui caractérise l'émergence et la mise en œuvre d'une « médecine de la douleur » comme une « médecine centrée sur la personne ». Interrogeant cette rhétorique professionnelle, la sociologue se demande aussitôt de « quelle personne » il est question (Baszanger, 1995, p.343). Dans le cas qu'elle analyse, il s'agirait d'une « personne en excès, dont le comportement est "hyper-réactif" comparé à un comportement moyen » que le médecin va chercher à transformer avec le patient (Baszanger, 1995, p.347). Ma démarche entre en résonnance avec celle d'Isabelle Baszanger, en requestionnant le statut de *personne*, mais s'en démarque, en posant cette question pour une catégorie de patients qui ne se définit pas par rapport à une pathologie commune mais par l'expérience d'une situation sociale commune, la vie entre la rue et l'assistance.

c/ Le regard et l'égard : un idéal-type du *patient-comme-personne*

Les questionnements engagés autour de la figure goffmanienne de la « non personne » m'ont conduit à réfléchir au statut de « personne » dans les relations de soin que j'ai été amené à observer. J'en suis venu à élaborer la figure du *patient-comme-personne*, une forme de cadrage qui doit s'entendre comme un idéal-type, au sens que lui donne Max Weber :

> « En ce qui concerne *la recherche*, le concept idéaltypique se propose de former le jugement d'imputation : il n'est pas lui-même une "hypothèse", mais il cherche à guider l'élaboration des hypothèses. De l'autre côté, il n'est pas un *exposé* du réel, mais se propose de doter l'exposé de moyens d'expression univoques […]. On obtient un idéaltype *en accentuant* unilatéralement *un ou plusieurs* points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés *isolément*, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement, pour former un *tableau de pensée* homogène. On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : *il est une utopie* » (Weber, 1992, p.172-173).

Le *patient-comme-personne* n'est donc pas observable sur le terrain ; c'est une forme exagérée de la réalité, une abstraction conceptuelle que j'ai élaborée *a posteriori* pour analyser mes données et qui va me permettre, au fil de ce manuscrit, de présenter mon enquête de terrain et mon analyse : « L'idéaltype définit un point d'entrée de la réflexion, une problématisation qui permet ensuite, par l'analyse comparative et par la confrontation de nuances subtiles ou au contraire de différences affirmées, de suggérer la complexité des pratiques » (Hibou, 2014).

L'idéal-type représente un point de repère auquel je me réfèrerai régulièrement pour comprendre en quoi les situations observées s'écartent mais aussi se rapprochent de cette modélisation théorique. C'est dans ces écarts et ces nuances que se révèle tout l'intérêt d'un raisonnement par une démarche idéal-typique. Comment définir le *patient-comme-personne* ? J'ai retenu trois dimensions caractéristiques du concept de « non personne » que j'ai inversé et accentué pour circonscrire le sens de cet idéal-type (encadré n°3).

Encadré 3. Mise en parallèle de la non personne et du patient-comme-personne

Qui définit	Non personne	Patient-comme-personne
Définition d'un individu par autrui	L'individu n'est pas vu ou mal vu	Le patient est vu dans *toute* sa singularité
	L'individu est exclu de l'interaction, il n'est pas considéré comme un participant	Le patient est considéré comme un participant de l'interaction car il est reconnu comme acteur des soins
Définition de l'individu par lui-même	L'individu peut lui-même endosser le rôle de non personne	Le patient peut lui-même se définir et demander à être défini comme une personne

Premièrement, alors que la « non personne » n'est pas vue ou mal vue, le patient-comme-personne est vu dans toute sa singularité. Le patient est examiné – dans le sens commun et le sens médical du terme – avec minutie et attention dans tout ce qui fait sa complexité. Il n'est pas rattaché à une catégorie « administrative » qui le désingulariserait (Dodier, 1995) mais pensé comme un être unique et particulier. Ses relations sociales, ses habitudes, ses manières de vivre, sa biographie sont prises en considération. Il est reconnu dans la multiplicité de ses liens dont « on oublie trop souvent la force » (Adam & Herzlich, 2016 [1994], p.114). C'est autour de ces singularités que va se configurer le soin, à l'instar de l'intervention sociale dont le « défi est d'agir au-delà des catégories collectives et de traiter chaque personne en fonction de ses singularités » (Astier, 2007, p.104). Cette notion de « personne » est d'ailleurs reprise par Marine Maurin dans son analyse de la relation d'aide dans le système français de l'assistance aux sans-abri. Elle propose une « grammaire de la personne » dans le cadre de laquelle il s'agit, pour les professionnels, « d'accueillir, par l'écoute, la "présence au présent", la rencontre, la singularité de l'individu, de son histoire, de ses épreuves vécues et d'en faire le cœur de l'intervention sociale » (Maurin, 2017, p.425). Dans cette forme de cadrage, les professionnels s'inquiètent de toutes les particularités du patient car elles sont susceptibles

d'avoir des conséquences sur la définition et l'accomplissement du soin ; il est donc nécessaire de les connaître et d'en tenir compte pour définir un soin qui leur soit adapté.

Deuxièmement, alors que la « non personne » est exclue de l'interaction quand bien même elle est physiquement présente dans la situation – les individus en coprésence agissant comme si elle n'était pas là – le patient-comme-personne est considéré comme un participant ratifié à l'interaction. Si le « statut de participation » (Goffman, 1987 [1981], p.9) du patient-comme-personne diffère de celui de la « non personne », c'est que le premier est reconnu comme un acteur de ses soins : il est appréhendé comme étant en capacité d'apporter des informations, d'émettre des préférences, de formuler des avis et d'agir sur sa santé. C'est *avec* et *par* lui que les soins se définissent et s'accomplissent. Dans un système de soin marqué par « l'avènement de ce qui est appelé la "démocratie sanitaire", en vertu de laquelle le patient est crédité d'un pouvoir de décision et d'une aptitude à prendre en charge sa santé, en tant que patient éclairé et informé » (Fainzang, 2013, p.83), le patient-comme-personne serait cette figure idéale et idéalisée du « patient contemporain » (Fainzang, 2006 ; Bureau & Hermann, 2014) reconnu comme « actif » et « participatif ».

Troisièmement, à l'instar de l'individu qui peut endosser le rôle de « non personne » dans certaines situations pour y trouver de la « protection », le patient peut lui-même se définir comme *personne* en revendiquant d'être considéré comme un être singulier et comme un individu en capacité de participer à la définition et à l'accomplissement des soins qui le concernent. Là où la « non personne » fait l'objet d'un manque de reconnaissance, le patient-comme-personne est une forme de cadrage dans laquelle le patient est *considéré* au sens où l'entend Marielle Macé, dans son bel ouvrage consacré aux migrants en France :

> « Considérer […] c'est regarder attentivement, avoir des égards, faire attention, tenir compte, ménager avant d'agir et pour agir ; c'est le mot du "prendre en estime", du "faire cas de", mais aussi du jugement, du droit, de la pesée, du scrutin. C'est un mot de la perception *et* de la justice, de l'attention et du droit. Il désigne cette disposition où se conjuguent le regard (l'examen, par les yeux ou la pensée) et l'égard, le scrupule, l'accueil sérieux de ce que l'on doit faire effort pour garder sous les yeux… » (Macé, 2017, p.26)

Le patient-comme-personne est cette forme de cadrage idéal-typique où le regard se conjugue avec l'égard, où le patient est considéré dans *toutes* ses singularités et dans *toutes* ses capacités à participer à la définition et à l'accomplissement du soin. Deux dimensions qui caractérisent aussi la figure de la « personne » devenue centrale dans le monde du travail

social (Astier, 2005 et 2007), aux frontières duquel l'accès aux soins des sans-abri s'accomplit et s'organise comme nous le verrons au fil des chapitres :

> « Contrairement à un individu, la *personne* est un être de relation, un être de dialogue qui peut parler en son nom, à qui quelqu'un peut s'adresser, de qui on peut parler. *La personne, c'est aussi un être auquel est reconnue la capacité d'être sujet de droit,* avec le souci central de respecter le premier des droits de l'homme, le droit à la dignité inconditionnelle de la personne humaine (cf. Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948). Être de relation, *la personne est encore identifiée par ses entours et ses attaches* » (Ravon & Ion, 2012, p.81, je souligne).

Ces deux dimensions ne sont jamais totalement atteintes : le patient n'est jamais considéré dans *toutes* ses singularités et comme un acteur *totalement* en capacité de participer à la définition et à l'accomplissement des soins. La considération de ces deux dimensions varie et la thèse permettra de déceler des formes et des intensités différentes en fonction des situations, des acteurs qui y sont engagés, des contextes institutionnels ou des problèmes de santé abordés. Tous les processus de cadrage du patient, réalisés par les professionnels et les patients eux-mêmes, se répartiront néanmoins sur cet axe de tension entre la figure du patient-comme-personne et celle du patient-comme-non-personne[31].

***

Le travail théorique auquel je me suis attelé dans cette section en définissant la sociologie de l'exercice du jugement mise en œuvre dans la thèse, en discutant la figure goffmanienne de la « non personne » et en proposant l'idéal-type du patient-comme-personne, me permet maintenant de présenter ma problématique, à savoir l'analyse des *processus de dépersonnalisation et de personnalisation* du patient accomplis par les professionnels et les patients sans abri eux-mêmes.

[31] Cette mise en tension signifie-t-elle que la « non personne » est un idéal-type à l'instar du patient-comme-personne ? Il est difficile, si ce n'est impossible, de transformer un concept sociologique qui n'a pas été pensé comme un idéal-type en un idéal-type. Néanmoins, la manière dont Erving Goffman définit ce concept me semble propice à des réappropriations et à des retraductions. Ainsi, je ne dirai pas que la « non personne » est un idéal-type mais j'affirme que dans le sens même que lui a donné Erving Goffman, il y a des *tendances idéal-typiques* qui rendent possible la mise en dialogue et en tension que j'opère avec l'idéal-type du patient-comme-personne.

3/ Entre personnalisation et dépersonnalisation du patient

La mise en tension entre le patient-comme-non-personne et le patient-comme-personne m'amène à problématiser ma thèse autour d'une analyse des *processus de dépersonnalisation et de personnalisation* du patient. J'entends ici l'ensemble des pratiques et discours accomplis par une pluralité d'acteurs – dans cette thèse je me centrerai sur les professionnels et les patients sans abri, mais on pourrait y ajouter les bénévoles ou les proches des patients – qui tendent à faire advenir, dans la relation de soin, les patients sans abri comme des personnes – *processus de personnalisation* – ou, au contraire, qui leur dénient ce statut et tendent à les assimiler à des « non personnes » – *processus de dépersonnalisation*. Ces processus s'articulent autour de deux faces indissociablement liées : d'un côté une (dé)considération des singularités du patient – je parlerai *de processus de singularisation/désingularisation* (a) – et, d'un autre, une (dé)considération de leurs capacités – je parlerai de *processus d'encapacitation/incapacitation* (b).

a/ (Dé)considération des *singularités* du patient

Les patients ne sont jamais uniquement des patients, ils sont des « personnes qui sont d'abord et surtout associées » (Mol, 2009 [2008], p.125), au sens « d'individus sociaux » qui ont des liens plus ou moins forts avec d'autres personnes et qui sont pris dans un réseau d'interdépendances (Elias, 1987 [1939]). Comment ces liens, dans toute leur hétérogénéité, sont-ils pris en compte dans les processus de cadrage des personnes sans abri ? Cette question se pose d'autant plus que les sans-abri sont régulièrement définis comme « désocialisés », c'est-à-dire littéralement comme étant *sans associations*, pour reprendre une catégorie largement répandue dans le monde de l'urgence sociale. La médicalisation du problème public du sans-abrisme, qui a donné naissance à l'urgence sociale, ne se traduit pas seulement par la création d'institutions médico-sociales orientées sur la problématique de l'accès aux soins, elle s'accompagne également d'un vocabulaire, d'un langage et de catégories empreintes d'un savoir médical comme en témoignent certaines relectures du concept de « désocialisation ». Dans le domaine du sans-abrisme, la désocialisation est un concept d'abord utilisé par Alexandre Vexliard (1998 [1957]) dans le cadre ses travaux en psychologie sociale. S'intéressant à la manière dont des personnes deviennent des

« clochards », il décrit un processus de désocialisation comportant quatre phases[32]. La première phase est la phase « agressive », pendant laquelle l'individu tente de maintenir sa situation antérieure perturbée par un évènement brutal. La deuxième phase est celle de « régression » ou de « repli », dans laquelle la nouvelle situation commence à devenir familière pour la personne qui se sent « stigmatisée », même si le terme n'est pas encore employé (Mucchielli, 1998, p.114). La troisième phase correspond à « une crise conflictuelle » entre la situation actuelle et la précédente qui se traduit par « la résolution du conflit » et la « rupture avec le passé ». Enfin, la dernière phase est celle de la « résignation » dans laquelle le clochard a accepté sa situation et peut même, parfois, la valoriser à travers un discours sur la liberté ou le mépris du travail. Le travail d'Alexandre Vexliard est connu et mobilisé par les acteurs à l'origine du Samusocial de Paris pour définir le public cible des équipes mobiles d'aide (EMA) : les personnes qui seraient au *stade quatre*, celui de la résignation (Cefaï & Gardella, 2011, p.53). Plus généralement, certains acteurs de l'urgence sociale recourent au concept de désocialisation pour insister notamment sur l'isolement social des personnes sans abri et leur perte de « repères sociaux » (Soutrenon, 2005, p.99). C'est un discours que j'ai directement entendu lors de mon travail de terrain. Des professionnels ou des bénévoles me parlaient de certaines personnes sans abri comme « désocialisées » pour insister sur leur absence de lien, mais aussi sur la dégradation de leur état de santé physique et psychique. À deux reprises[33], des personnes informées de mon statut de doctorant en sociologie, ont rattaché explicitement ce terme à l'ouvrage de Patrick Declerck (2001), *Les naufragés*, un livre que je devais connaître selon eux et où celui-ci développe l'idée d'un « syndrome de désocialisation ». Cependant, et à l'instar de l'expérience du terrain de Claudia Girola, « le sens que Declerck pouvait octroyer au terme de désocialisation n'était […] pas repris à l'identique. Finalement le terme de désocialisation […] n'est qu'une notion de sens commun qui se fabrique sans cesse, qui ne reconnaît pas d'une manière explicite des sources théoriques originelles » (Girola, 2007, p.73). Si l'ouvrage de Patrick Declerck a fait l'objet de critiques sociologiques précises (Gardella, 2003 ; Soutrenon, 2005 ; Pichon, 2005) c'est, plus généralement, la représentation des personnes sans abri comme des individus désocialisés,

[32] Il indique que « tous les sujets que nous avons étudiés n'ont pas traversé les quatre phases d'une façon aussi complète » (Vexliard cité dans Mucchielli, 1998, p.114). Cette manière d'envisager le processus de désocialisation amène Laurent Mucchielli (1998, p.116) à établir un parallèle entre la démarche d'Alexandre Vexliard et celle des sociologues interactionnistes qui, à la même époque, mobilisent le concept de « carrière ».

[33] Une autre fois, une assistante sociale, m'a parlé de l'ouvrage de Patrick Declerck pour le critiquer et tourner en dérision la dimension « spectaculaire » de l'ouvrage, qui ne faisait pas sens avec sa pratique.

isolés et en rupture de liens sociaux, que les recherches sur le sans-abrisme contribuent à déconstruire.

À partir d'enquêtes de terrain[34], souvent d'inspiration interactionniste (Duneier, 1999 ; Pichon, 2010 ; Girola, 2007 ; Gardella, 2019), ces chercheurs décrivent et soulignent l'existence, le maintien et la création de relations chez les personnes sans abri ; celles-ci restant des « personnes sociales » (Girola, 2007). Ces travaux réactualisent et approfondissent une dimension déjà présente chez Alexandre Vexliard, même si elle est généralement oubliée : « Le processus de désocialisation se réalise de concert avec une forme de resocialisation auprès des pairs, clochards eux-aussi, même si celle-ci reste fragile » (Maurin (coord.), 2013, p.179). Si des habitudes se perdent et des liens se coupent (désocialisation) en vivant entre la rue et les institutions de l'urgence sociale, d'autres se recréent et se retissent (resocialisation) au fil de la « carrière de survie » (Pichon, 2010). Le champ des singularités est donc vaste et recouvre des *habitudes*, comme le fait d'aller faire la manche d'une certaine manière, dans certains lieux et à certains moments de la journée (Pichon, 1992). Ce sont aussi des *attachements* à des animaux (Blanchard, 2016 ; Uribelarrea, 2019), à des personnes ou à des lieux (Pichon (dir.), 2010 ; Girola, 2011 ; Gardella, 2019) qui contribuent à assurer un « maintien de soi » (Pichon, 1996 ; Pichon, 2010), auxquels les personnes tiennent et qui leur permettent de tenir (Bidet, Truc & Quéré, 2011). Mais ces singularités renvoient également aux *formes d'habitats précaires* (Pichon, 2002) et aux *manières d'habiter* (Zeneidi-Henry, 2002 ; Bouillon, 2009 ; Pichon (dir.), 2010 ; Lion, 2015 ; Gardella & Arnaud, 2018) de la personne : est-ce qu'elle vit dans l'espace public, dans une cabane, dans une voiture, dans, un squat, dans une structure d'hébergement temporaire ? Elles se composent aussi du *réseau d'assistance* qui s'est potentiellement tissé autour d'elle – quelles sont les institutions et les professionnels qui connaissent et accompagnent la personne ? – et renvoient à sa *« trajectoire de maladie »* (Strauss & *al.*, 1992 [1985a]) – quels ont été ses problèmes de santé, par qui et où a-t-elle été suivie par le passé ? – et plus généralement à son histoire de vie, à sa *biographie* (Dubard & Nicourd, 2017).

Cette thèse cherche à comprendre dans quelle mesure les personnes sans abri sont définies par les professionnels comme des êtres et des corps inscrits dans une histoire et un environnement singulier. Il s'agit d'une question essentielle et complexe car une tension émerge dans la manière d'appréhender la personne, comme l'indique Marcel Mauss en revenant sur

[34] Voir aussi le chapitre de Jean-Marie Firdion et Maryse Marpsat (2014) qui, à partir d'enquêtes statistiques cette fois, analysent la disparition mais aussi le maintien du « lien familial » des personnes sans domicile.

l'étymologie du terme « persona » : « À côté, le mot de *persona*, personnage artificiel, masque et rôle de comédie et de tragédie, de la fourberie, de l'hypocrisie, — d'étranger au "moi" — continuait son chemin. Mais le caractère personnel du droit était fondé et *persona* était aussi devenu synonyme de la vraie nature de l'individu » (Mauss, 2013 [1950], p.353-354). Considérer la personne, au sens de la *persona*, soulève donc une tension entre, d'un côté, la personne comme masque[35], ce qu'elle donne à voir dans une situation et qui peut être étranger à son « moi » et, de l'autre, la personne telle qu'elle est vraiment. Ce sont ces manières de cadrer les patients qui m'intéressent : est-ce qu'elles en restent aux masques des sans-abri ou rentrent-elles dans leurs singularités ? En cela, mon enquête contribue à discuter une catégorie largement mobilisée par les professionnels, celle du « cas par cas », qu'ils utilisent pour exprimer l'idée qu'ils s'adaptent aux personnes et qu'ils définissent leurs pratiques et les soins qu'ils apportent à partir des singularités des accompagnés : chaque accompagnement est particulier car chaque accompagné est unique. Mais, concrètement, qu'est-ce qui fait la singularité de la personne accompagnée aux yeux des professionnels ? Quels sont les éléments qu'ils retiennent ? De quoi se compose le « cas » ? Comment s'élabore-t-il et évolue-t-il ? Par l'enquête, je cherche à comprendre les manières dont les professionnels, dans leur diversité, tiennent compte de ces singularités, comment ils les considèrent – *singularisation* – ou, au contraire, les déconsidèrent – *désingularisation*. Il s'agit de suivre comment les professionnels les intègrent ou non dans leur cadrage des personnes sans abri et les articulent aux soins qu'ils préconisent et accomplissent, en partant du principe que ces prises en compte des singularités ne vont pas de soi, n'apparaissent pas toujours comme nécessaires pour la définition et l'accomplissement du soin, peuvent être rendues difficiles par le contexte institutionnel ou l'état de santé du patient, par exemple, et prennent des formes différentes. Cette démarche fait écho au travail de Nicolas Dodier (1993) qui distingue trois formes de cadrages de l'individu, accomplies par les médecins du travail, qui accordent plus ou moins de place aux singularités de l'individu[36] : le cadrage « administratif » qui désingularise l'individu en le rattachant à une population d'appartenance ; le cadrage « clinique » qui tient compte des singularités de l'individu ; et, enfin, le cadrage de l'« individu autonome » qui considère les singularités et reconnait au sujet une capacité à prendre des décisions sur le soin. Mon travail prolonge cette analyse : il interroge à la fois la place des singularités dans les processus de cadrage qu'opèrent les

[35] On pourrait, avec Erving Goffman (1974 [1967]), qui fait d'ailleurs référence à Marcel Mauss, parler de « face ».

[36] Voir en particulier le chapitre 2 « Formes de singularité » (Dodier, 1993, p.91-117).

professionnels mais aussi, de manière symétrique, il questionne les manières qu'ont les personnes sans abri de faire valoir ou non leurs singularités dans la relation de soin, comment ils les nient, les « oublient », les transmettent, les rappellent voire les revendiquent auprès des professionnels qu'ils rencontrent.

b/ (Dé)considération des *capacités d'agir* du patient

Dans notre société contemporaine, l'« autonomie » constitue une valeur centrale et exponentielle (Ehrenberg, 2005), en particulier dans le champ des politiques sociales (Pattaroni, 2005 ; Duvoux, 2009) et au sein du système de santé (Baszanger, 2010 ; Fainzang, 2012) où elle « sert tout à la fois de point de référence pour qualifier les personnes et d'objectif à atteindre pour la personne et les soignants » (Winance, 2007, p.84). Sylvie Fainzang, engageant une réflexion sur l'automédication et les « mirages de l'autonomie », propose une première définition de ce concept : « De manière générale, et dans une acception commune, l'autonomie désigne la capacité du sujet à décider pour lui-même des règles auxquelles il obéit, et la capacité à agir qui en découle » (Fainzang, 2012, p.4). Partons de cette définition, certes générales, mais qui permet d'opérer un déplacement : passer de l'« autonomie » à la « capacité d'agir » permet de déplacer l'attention de l'individu à la situation ; un déplacement aux conséquences épistémologique et méthodologique. En effet, dans un contexte libéral, l'« autonomie » est un concept centré sur l'individu[37], potentiellement essentialisant : l'individu est autonome – ou ne l'est pas – au regard de ses propres capacités. Cette perspective est insuffisante d'un point de vue sociologique puisqu'elle oblitère les relations dans lesquelles tout individu est pris. Raisonner en termes de « capacité d'agir » évite de penser un individu isolé et invite à le réinscrire dans un contexte, une situation, un environnement qui le rend plus ou moins capable, comme le propose Bénédicte Zimmerman dans sa traduction sociologique et pragmatiste des travaux qu'Amartya Sen consacre aux capabilités :

> « L'environnement ne se réduit pas […] à un cadre structurel, mais constitue *la condition même de l'exercice des capacités et de leur développement* […]. La capacité d'action n'est alors plus seulement déterminée par une position, elle est

[37] Bruno Karsenti et Cyril Lemieux précisent que « le libéralisme entretient un lien de prédilection avec les disciplines qui traitent de la réalité sociale en privilégiant l'individualisme méthodologique » qui ont notamment pour point commun de raisonner par « *individuation*, au sens où elles postulent que les comportements qu'il leur revient d'analyser sont individuels ou, du moins, *qu'ils peuvent toujours être ramenés à des comportements individuels* » (Karsenti & Lemieux, 2017, p.62 et 63).

> aussi susceptible de se modifier dans l'action, tout comme l'environnement est susceptible d'être affecté et modifié par le cours de cette dernière. Je relèverai au moins deux conséquences de cette conceptualisation alternative de l'environnement et de son rapport à l'action. Premièrement, il en résulte *un déplacement d'accent de la position vers la situation pour saisir empiriquement la capacité d'action des personnes*. Lorsque l'environnement n'est plus empiriquement réduit à des éléments immuables, il devient possible de *poser la question des opportunités et de la liberté de choix de manière située*. Si l'on considère l'environnement au sens large, façonné autant par des institutions, des dispositifs, des personnes que des objets, un tel déplacement de la position vers la situation amène à articuler les niveaux macro et micro d'analyse » (Zimmermann, 2008, p.123, je souligne).

Penser la capacité d'agir exige, empiriquement, la description d'interactions situées dans un environnement qui favorise ou entrave les capacités des individus ; l'enquête vise alors à comprendre « les fondements collectifs des capacités et des incapacités » (Zimmermann, 2013), ces dernières n'étant jamais imputables à un individu isolé[38]. Commence à se dessiner une articulation entre la capacité d'agir et les singularités, au sens où je les ai évoquées précédemment ; les singularités – au sens d'un individu inscrit dans des relations d'interdépendance – constituent les conditions de possibilité et d'expression de la capacité d'agir. C'est ce qu'indique Marc Bessin, lorsqu'il écrit que « les soutiens, aides, accompagnements, assurances ou droits, matériels ou symboliques, constituent autant de dimensions à la fois morales et pratiques pour que les individus, quelle que soit leur position sur le parcours de vie, leur fragilité, puissent développer des capacités d'agir au-delà de leur dépendance intrinsèque à autrui » (Bessin, 2014). Pour analyser les capacités d'agir, on ne peut pas faire abstraction des relations sociales dans lesquelles sont inscrits les individus car sans elles il est difficile de comprendre « le processus social qui conduit à prendre une décision ou à faire un choix » (Weber, 2012a, p.146). Analyser les capacités d'agir exige de prendre en compte ces relations sociales et, plus généralement, l'environnement dans lequel évolue la personne : « L'idée est de redévelopper un concept de "capability" qui ne se réduise pas à celui de capacité comme habileté ou disposition, mais qui prenne en compte les transactions qu'une personne entretient avec son environnement et les ressources, points

[38] Cette proposition a des affinités théoriques avec les réflexions menées par Bruno Latour (2000) et Antoine Hennion (Gomart & Hennion, 1999 ; Hennion, 2010 ; 2013 ; 2015) sur la notion d'attachement. Dans les deux cas, la capacité d'agir n'est pas imputable au seul individu mais à un individu pris dans un réseau d'attachements ou dans un environnement. Comme l'écrit Antoine Hennion, il est nécessaire de penser « une *agency* dispersée dans un réseau-acteur (le mot composé serait peut-être plus expressif dans cet ordre !) où, loin de l'opposition binaire entre sujets et objets, entre humains et non humains, se forment les uns par les autres des actants de natures très diverses » (Hennion, 2013). Myriam Winance (2007) mobilise d'ailleurs ces travaux pour critiquer l'usage de la notion d'« autonomie » dans le système de soin. Cette notion sera centrale dans le chapitre 5 consacré à la « qualité soignante » des attachements.

d'appui et de soutien que cet environnement lui procure » (Cefaï, 2016b). Par exemple, les conditions de vie et les modes d'habiter ont des conséquences directes sur ce qu'un individu est en capacité ou non d'accomplir : le fait qu'une personne habite dans la rue, dans un squat, dans une institution d'hébergement non médicalisée ou dans une institution d'hébergement médicalisée va affecter sa capacité à suivre un traitement médical et la manière dont il va le prendre. Mais l'articulation entre la capacité d'agir et les singularités ne se limite pas aux « transactions » (Bidet & *al*., 2013) entre l'individu et l'environnement.

Plusieurs individus se trouvant dans un même environnement ne vont pas y trouver la même capacité d'agir en raison de leur histoire, de leur état physique et corporel, de leurs expériences passées ou de leurs savoirs ; penser la capacité d'agir exige donc de tenir compte aussi des « parcours biographiques » (Zimmermann, 2008, p.128) et des spécificités individuelles. Avec Martha C. Nussbaum (2012 [2011]), il faudrait penser et distinguer des capacités[39] « internes » et des capacités « combinées » :

> « Il ne s'agit donc pas simplement des capacités dont une personne est dotée, mais des libertés ou des possibilités créées par une combinaison de capacités personnelles et d'une environnement politique, social et économique. Pour marquer clairement la complexité des capabilités, je désigne ces "libertés substantielles" comme des *capabilités combinées* […]. Bien entendu, les caractéristiques d'une personne (les traits de sa personnalité, ses capacités intellectuelles et émotionnelles, son état de santé physique, ce qu'elle sait, ses capacités perceptives et motrices) contraignent fortement ses "capabilités combinées", mais il est utile de les en distinguer, car elles n'en sont qu'une partie. Je désigne ces états de la personne (qui ne sont pas fixes, mais fluides et dynamiques) comme des *capabilités internes* » (*Ibid*., p.39-40).

Partant de cette approche qualitative centrée sur l'individu et l'individu-dans-son-environnement, cette thèse explorera deux voies complémentaires pour penser les capacités. La première a été esquissée. Partant du principe, déjà exposé, que les capacités d'un individu reposent sur ses singularités, il s'agira de comprendre en quoi la (non) prise en compte des singularités du patient contribue à établir ses (in)capacités d'agir sur les soins. Pour le dire autrement, il s'agit de suivre comment les individus engagés dans la relation de soin composent les capacités des patients et comment ils composent avec elles pour définir et

[39] Dans la traduction française, le terme employé par Martha C. Nussbaum est celui de « capabilités » (*capabilities*). Me référent dans mon travail d'abord aux travaux sociologiques je privilégie l'utilisation du terme de « capacité » telle que la préconisent Jean de Munck et Bénédicte Zimmermann : « D'aucuns seront peut-être surpris par notre parti pris de traduire la célèbre *"capability"* de Sen par le mot commun français "capacité". Si, faisant le choix inverse, de nombreux traducteurs francophones ont préféré "capabilité" dans le souci louable de préserver l'originalité – et même la technicité – de la conception de Sen, nous avons voulu mettre en lumière les multiples ramifications du concept dans les sciences sociales, quitte à introduire, dans le lexique, une puissance d'associations et une menace d'instabilité qui appellent à être réduites et maîtrisées au cas par cas » (de Munck & Zimmerman, 2008, p.18).

mettre en œuvre le soin. L'enquête porte alors sur la (dé)considération des capacités d'agir sur les soins du patient, appréhendée sous le registre des processus d'incapacitation et d'encapacitation. Benoît Eyraud (2013) désigne sous la formule « processus d'incapacitation » l'ensemble des pratiques de jugement, menées par une multiplicité d'acteurs, qui contribuent à définir une altération des capacités, temporaires ou durables, d'individus majeurs et qui conduisent à des mises sous tutelle ou curatelle. Je reprends son terme en l'élargissant à toutes les pratiques de jugement qui définissent des incapacités du patient – ici d'agir sur les soins – que ces jugements soient accomplis par des professionnels ou le patient lui-même. Un patient peut, par exemple, aller dans le sens des professionnels en reconnaissant certaines de ses incapacités mais il peut aussi se définir dans l'incapacité de faire ce que les professionnels l'estiment capable d'accomplir. En miroir de ces processus d'incapacitation, il est possible d'envisager des processus d'encapacitation par lesquels les individus reconnaissent à autrui des capacités – ici d'agir sur les soins – ou reconnaissent et affirment leurs propres capacités.

La seconde voie d'analyse consiste à décrire la manière dont les patients, en s'engageant dans des soins, s'inscrivent, ou sont inscrits par des professionnels, dans de nouveaux « collectifs » qui favorisent l'émergence de nouvelles capacités à agir. Le terme de « collectif » trouve un écho dans les travaux de Robert Castel :

> « Autrement dit, ce sont autant de tentatives pour prendre appui sur des *collectifs*. C'est en effet la réinscription dans des collectifs qui constitue le meilleur remède pour des individus déstabilisés, dont le drame est précisément le plus souvent d'avoir décroché de systèmes d'appartenances et de protections collectives, ou de ne pas pouvoir s'y inscrire. La référence au collectif constitue l'antidote nécessaire aux dynamiques destructrices d'individualisation dans le champ des interventions sociales comme ailleurs » (Castel, 2005, p.46).

L'enquête visera donc à comprendre comment les soins contribuent à faire émerger de nouveaux collectifs, des « collectifs de soins », de nouvelles interdépendances qui élargissent les capacités d'agir des patients.

***

Pour résumer, cette thèse vise, à partir d'une analyse des processus de cadrage, à comprendre, d'une part, comment certaines singularités du patient sont définies par les professionnels et les patients eux-mêmes comme des prises ou, au contraire, comme des entraves pour définir et

accomplir des soins. D'autre part, il s'agit de comprendre comment la définition des soins vient redéfinir la configuration des collectifs, composés d'êtres humains et d'entités non humaines (Mol, 2009 [2008]), dans lesquels sont inscrits les patients et donc leurs capacités d'agir. Cette articulation des singularités et des capacités d'agir permet d'interroger comment le souci des patients sans abri soulève différentes conceptions de la « personne » dans les relations de soins, entre personnalisation et dépersonnalisation.

4/ Annonce du plan

La thèse est composée de cinq chapitres. Le premier chapitre prolonge cette introduction en revenant sur l'enquête menée. Ce chapitre permettra de présenter les deux principaux terrains d'enquête à savoir l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et la Villa d'Hestia, une institution d'hébergement médicalisée. Au cours de mon enquête, j'ai expérimenté plusieurs méthodes qui seront ici explicitées – observations ethnographiques, entretiens, archives et photographie – et qui m'ont permis d'enquêter aussi bien auprès des professionnels que des patients sans abri. C'est l'ensemble de ce cheminement et de mes circulations sur le terrain que j'exposerai pour rendre accessible et compréhensible l'analyse proposée dans les deux parties qui suivront.

La première partie est composée de deux chapitres. Elle se penche sur l'accomplissement de l'accès aux soins entre le monde médical et le monde de l'assistance. Le premier chapitre de cette partie (Chapitre 2) se concentre sur les relations de soin au sein du monde médical et, plus spécifiquement, au sein de l'institution hospitalière. J'analyserai, d'abord, comment les patients sans abri y sont accueillies entre considération et déconsidération de leurs singularités. Je retracerai ensuite comment les difficultés d'accueil des sans-abri couplé à un souci pour leur état de santé ont contribué, dans les années 1990 et 2000, à l'émergence de dispositifs intra-hospitaliers dédiés à ce public. Je terminerai en suivant le travail d'accompagnement des professionnels d'un de ces dispositifs pour réanalyser l'accueil des patients sans-abri mais cette fois accompagnés de tiers-infirmiers qui endosse un rôle de « porte-parole » lors des consultations médicales.

Le second chapitre de cette partie (Chapitre 3) s'intéresse au monde de l'assistance et, plus particulièrement, aux institutions d'hébergement. Je retracerai comment la question de l'accès aux soins des sans-abri a évolué, entre 1990 et le début des années 2000, dans une grande association lyonnaise. J'analyserai ensuite comment s'élabore autour des institutions

d'hébergement non médicalisées un environnement soignant composé de différents lieux et professionnels de santé qu'il s'agit de mettre en lien avec le patient-hébergé. Un travail qui apparaît nécessaire au regard du contexte marqué par le manque de places d'hébergement qui a pour conséquence de faire de la mauvaise santé des sans-abri un critère de priorisation pour accéder aux centres d'hébergement non médicalisés et médicalisés. Au sein de ce monde de l'assistance, on observe un haut degré de singularisation des sans-abri dans un environnement qui offre *a priori* peu de prises pour agir sur les soins.

La deuxième partie est également composée de deux chapitres. Je m'intéresserai à la figure du patient qui habite une institution d'hébergement médicalisée, en l'occurrence la Villa d'Hestia. Un premier chapitre (Chapitre 4) s'intéresse à la diversité des soins qui s'y accomplissent. Je décrirai d'abord comment le cadre institutionnel favorise l'émergence d'une préoccupation pour les soins chez les sans-abri accueillis. Je m'arrêterai ensuite sur l'impossibilité de mener des soins en addictologie dans cette structure où la consommation d'alcool est interdite et, enfin, je terminerai en interrogeant la tension entre fin des soins et soins sans fin dans cette institution qui a été conçue comme un lieu de passage temporaire.

Le second chapitre (Chapitre 5) de cette partie est consacré à la qualité soignante des attachements aux animaux et à l'alcool. Je propose ici d'analyser comment ces deux types d'attachements, *a priori* interdits dans l'institution, sont qualifiés par les professionnels et les patients à l'aune de ce qu'ils font aux soins. Je distinguerai d'abord deux tendances – une tendance à la reconnaissance et une tendance à la coupure – à partir du cas de l'attachement aux animaux. Ces deux tendances seront ensuite discutées à propos de l'attachement à l'alcool : je m'arrêterai d'abord sur des pratiques de soins qui accordent une place à l'alcool avant de terminer par un cas où les professionnels essayent d'empêcher un patient de boire au nom de sa santé. Cette deuxième partie de la thèse permettra d'analyser différentes formes de considération des singularités et des capacités d'agir des patients, entre accords et désaccords des professionnels et des patients.

Chapitre 1 – Une enquête engagée et expérimentale : retours sur le terrain

L'introduction a permis de circonscrire l'objet de recherche, d'exposer les appuis théoriques mobilisés et d'expliciter la problématique de la thèse. Dans ce premier chapitre je propose de présenter le terrain et la manière dont l'enquête a été conduite afin de situer l'analyse qui sera proposée dans les parties 1 et 2. Ce chapitre vise ainsi à informer, à transmettre au lecteur un ensemble d'éléments précis relatifs au(x) terrain(s) où j'ai mené mon enquête, aux méthodes que j'ai expérimentées, aux données que j'ai mobilisées et aux difficultés auxquelles j'ai été confronté. Il s'agit de revenir sur le terrain de manière réflexive, de le reparcourir afin de « mettre à disposition du lecteur une description fine des sources, car les énoncés livrés en résultats ne valent qu'à la hauteur de la qualité de ces sources dont le lecteur doit avoir les moyens de juger » (Arborio & Fournier, 2015 [1999], p.100). La démarche sous-jacente à ce chapitre s'inspire d'une « autoanalyse » entendue comme « cette mise au jour du rôle joué, parfois à son corps défendant, par l'ethnographe dans le milieu qu'il étudie » (Weber, 2012b, p.52).

Le chapitre est composé de deux sections. La première section présente l'ensemble des terrains – au sens spatial du terme – investigués et les méthodes déployées à l'aune d'une triple circulation : une circulation entre différentes institutions de l'agglomération lyonnaise identifiées pour enquêter sur l'accès aux soins des sans-abri ; une circulation entre les personnes qui a consisté à suivre des professionnels et des personnes sans abri ; et enfin une circulation qu'on pourrait qualifier de temporelle grâce à la constitution d'un corpus d'archives institutionnelles.

La seconde section s'arrête sur ce qu'Isaac Joseph nomme une « ethnographie coopérative ». C'est en effet ainsi que je définis ma démarche d'enquête sur l'un des terrains. Je reviendrai ici sur une enquête consacrée à la prise en charge de l'alcool à la Villa d'Hestia, une institution d'hébergement médicalisée, puis une enquête photographique, conduite dans la

même structure, avec des patients sans abri qui y sont accueillies. Dans un dernier temps, ces expériences seront réinscrites dans l'héritage de la tradition sociologique de Chicago.

Section 1 : Une ethnographie *dans* et *sur* l'urgence sociale lyonnaise

L'ethnographie est une affaire de « mouvement » (Meyer, Perrot & Zinn, 2017) : l'ethnographe se déplace d'une « scène sociale » à une autre dans la logique d'une ethnographie « multi-intégrative » (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.303-306) ; il suit des personnes, des objets ou des histoires dans la perspective d'une « ethnographie multisituée » (Marcus, 2010 [1995]) ; ou encore, il « circule entre plusieurs chantiers » pour étudier une diversité d'engagements situés comme le préconise l'« ethnographie combinatoire » (Dodier & Baszanger, 1997). Ce sont ces circulations, pensées à plusieurs niveaux, que je souhaite présenter dans cette première section. J'aborderai ainsi mes circulations au sein de différentes institutions, ayant pour point commun d'être localisées dans l'agglomération lyonnaise (1). Je reviendrai ensuite sur mes va-et-vient entre différents « camps » et le souci de mener l'enquête tant du côté des professionnels que des personnes sans abri (2). Enfin, je raconterai comment mes observations m'ont conduit à enquêter sur des archives et donc à circuler dans le temps, à travailler sur plusieurs périodes de l'urgence sociale lyonnaise (3).

1/ Circuler entre les institutions : enquêter dans les lieux de l'accès aux soins

L'enquête ethnographique repose sur deux terrains institutionnels : une équipe mobile dédiée à l'accès aux soins des sans-abri rattachée à un hôpital lyonnais, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (a) et une institution d'hébergement médicalisée relevant des Lits Halte Soins Santé, la Villa d'Hestia (b). Je présente, de manière chronologique, mon cheminement sur ces terrains qui soulève la question de l'étude de cas, de l'ancrage local et de la considération des spécificités territoriales (c).

a/ Entrer sur le terrain : l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital

L'enquête au fondement de cette thèse débute en juin 2013. Je suis alors étudiant en Master 2 Sociologie appliquée au développement local, à l'Université Lyon 2, et effectue un stage à la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE), une association lyonnaise qui conduit des études dans les champs de la pauvreté et de la précarité au niveau de la région Rhône-Alpes[40]. Au cours de discussions informelles, j'aborde mon projet de recherche doctorale sur l'accès aux soins des personnes sans abri avec les chargés de mission de l'association qui, de par leurs travaux, ont une large connaissance du sujet, des acteurs et du paysage institutionnel local. Flora Perrier[41], une chargée de mission, me parle ainsi d'un groupe de travail qu'elle anime sur « soins et précarité » avec plusieurs personnes impliquées dans ces problématiques et me recommande de prendre contact avec Elisabeth Piegay, coordinatrice des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes et ancienne travailleuse sociale au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH), une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)[42] créée en 2001 qui est rattachée à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, à Lyon. Une première enquête sur le sans-abrisme, en Master 1 de Sociologie (2011-2012), et des activités de bénévoles dans un accueil de jour et des équipes mobiles, m'ont permis d'identifier cette équipe comme l'un des dispositifs centraux dans l'accès aux soins des sans-abri au sein de l'agglomération : des personnes sans abri m'ont expliqué être accompagnées lors de rendez-vous médicaux par des infirmiers de cette équipe ; des bénévoles et des professionnels m'ont signalé les contacter, ponctuellement ou régulièrement, afin qu'ils viennent voir une personne sans abri qui aurait besoin d'un accompagnement vers les soins. C'est pourquoi, en sollicitant par mail Elisabeth Piegay, avec qui je fixe un rendez-vous le 17 juillet, je lui demande si elle peut me transmettre

[40] Avec la redéfinition des Régions, les études de la MRIE se sont élargies à l'Auvergne. Les études de l'association sont disponibles sur son site internet : http://www.mrie.org/.

[41] Dans cette première section du chapitre 1, j'ai choisi de conserver les noms des personnes que j'ai rencontrées puisque je ne les décris pas dans leurs activités mais mentionne uniquement qu'elles m'ont permis d'accéder à mon terrain en ayant connaissance de mon projet de recherche. Dans les parties 1 et 2 de la thèse, j'ai en revanche décidé de modifier les noms des personnes enquêtées car je n'ai jamais discuté avec ces dernières, au cours de mon enquête, de la possibilité de conserver leurs noms et prénoms. L'enquête ethnographique peut se passer des vrais noms des personnes mais « cela signifie être capable de reconstruire le cas étudié comme une somme limitée de variables, nécessaires et suffisantes » (Weber, 2008, p.142). J'ai inventé des noms propres, des prénoms et des noms de famille qui rendent compte de la manière dont je nommais les personnes lors de nos rencontres. Dans la section 2 du chapitre 2 et la section 1 du chapitre 3, qui reposent sur une enquête archivistique, j'ai conservé les noms inscrits sur les documents.

[42] Les PASS sont principalement des lieux fixes, au sein de l'hôpital. Au moment de mon enquête, cette PASS a la particularité d'être une PASS uniquement mobile qui ne reçoit jamais les personnes sans abri dans ses locaux. Je reviendrai de manière socio-historique sur cette spécificité dans le chapitre 2.

le contact de la médecin cheffe de service de l'Équipe Mobile du RSRH, le Dr. Pascale Lacroix-Cormier. Je contacte cette dernière dans la foulée. Elle répond rapidement à ma sollicitation et me propose de venir rencontrer les membres de l'équipe dans leur local, une semaine plus tard, le 18 juin.

Avant même de les rencontrer, j'ai l'idée de commencer mon enquête de terrain au sein de cette équipe. En effet, tout en me permettant d'observer des interactions de face à face entre des soignants et des personnes sans abri, accompagner les professionnels d'une équipe mobile est également un bon moyen d'identifier la diversité des acteurs et des institutions impliqués dans cette problématique. Mon projet est donc, avec cette rencontre, de savoir s'il est possible d'engager une enquête ethnographique auprès des professionnels de l'équipe. À cette idée s'ajoute une contrainte d'ordre financière. En juin 2013, je n'ai pas encore soutenu mon mémoire de master – la soutenance se fera seulement au mois de septembre, mon stage à la MRIE se terminant au mois d'août – et n'ai pas engagé de démarche en vue d'un financement de thèse. Mon projet n'étant pas explicitement lié aux recherches que j'ai menées en master[43], j'estime nécessaire de commencer une démarche exploratoire, à travers le choix d'un terrain et des lectures, afin d'affiner et de préciser mon projet en vue de solliciter et d'obtenir un financement doctoral en 2014[44]. Se pose donc la question de comment financer ce travail préparatoire. Lors de mon Master 2, alors que nous devions obligatoirement faire un stage, certains étudiants faisaient un service civique dans le cadre duquel ils menaient une enquête sociologique. Ce statut, même s'il est précaire[45], n'est pas plus précaire que celui d'étudiant boursier que j'avais durant mes études universitaires. Surtout, la personne en service civique est principalement financée par l'État, le coût financier pour l'entreprise ou l'association étant faible. Mon « plan A », si je peux m'exprimer ainsi, est de négocier un service civique au sein de l'Équipe Mobile du RSRH pour commencer un travail de terrain tout en bénéficiant d'un financement. C'est avec cette double idée en tête et la volonté d'en savoir plus sur le dispositif que je me présente au rendez-vous du 18 juin.

[43] En master 1, je conduis une recherche sur les pratiques spatiales et le rapport à l'assistance des sans-abri sous l'angle du genre, et, en master 2, je mène une ethnographie de la place Gabriel Péri (connue sous le nom de Place du Pont), à Lyon, qui contribue à l'analyse d'un problème public lié à l'occupation de cette espace par des personnes catégorisées comme « rom ».

[44] Tous ces éléments sont discutés avec Pascale Pichon, que je rencontre à la même période, en juillet 2013, et qui accepte de m'accompagner dans ces démarches.

[45] Le salaire est de 577€/mois et il est conciliable avec l'Aide Personnalisée au Logement (APL).

Première surprise à mon arrivée : le local de l'équipe n'est pas situé dans l'hôpital Saint Joseph Saint Luc mais à environ 200 mètres de celui-ci, au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitation particulier. Je suis accueilli dans un bureau, celui que partage l'assistante sociale avec la secrétaire, comme je l'apprendrai plus tard. L'équipe est pratiquement au complet : la médecin, l'assistante sociale et deux infirmières (dont l'une est une remplaçante temporaire) sont présentes ; il ne manque que la secrétaire. Je me présente en indiquant que je suis actuellement en stage à la MRIE, l'association étant bien identifiée des acteurs du champ de la précarité ; cela semble me donner une légitimité, renforcée par le fait que je devrais faire ma thèse sous la direction de Pascale Pichon, dont une partie des travaux a été lue par la médecin et l'assistante sociale, comme elles me le signalent. J'expose mon projet de recherche, encore très général et me renseigne sur leurs pratiques et leurs lieux d'intervention. Elles m'informent d'abord de leur temps de travail : l'assistante sociale est à temps plein comme l'une des deux infirmières ; la seconde est à mi-temps, de même que la secrétaire ; et, enfin, la médecin est à 0.55 équivalent temps plein. Elles m'indiquent, ensuite, qu'elles se déplacent dans l'espace public, les centres d'hébergement, les accueils de jour et les hôpitaux, toujours et uniquement sur sollicitation d'autres professionnels. Les personnes sans abri ne peuvent pas les contacter directement pour les rencontrer. Deux grandes missions apparaissent dans leurs réponses : « l'aide aux aidants », auprès des professionnels, notamment des travailleurs sociaux, pour les informer des démarches à suivre et des acteurs du monde médical à contacter en fonction des situations ; « le suivi des sans-abri », sur un temps long, « avant, pendant et après le soin » comme elles me disent. La discussion, agréable, dure environ 45 minutes. C'est à ce moment que je demande s'il serait envisageable de venir les suivre, dans le cadre d'« une enquête par observation ». La médecin s'interroge : « Pourquoi pas. Mais il faudrait voir dans quel cadre cela peut se faire. » Je propose l'idée d'un service civique en donnant l'exemple de collègues étudiants de master et en soulignant le « faible coût », qui me paraît un argument important. Une professionnelle me demande à quoi leur servirait une enquête sociologique. J'évoque l'intérêt d'une « prise de recul » et d'une « réflexion qui pourrait nourrir vos pratiques et vos missions ». Mes réponses sont vagues mais leurs retours sont plutôt positifs. La médecin conclut : « Ça pourrait être intéressant. » Cette dernière me propose de se renseigner et de me tenir au courant. Je ressors de ce rendez-vous plutôt optimiste.

Trois semaines plus tard, la médecin m'écrit pour m'informer que la Directrice Générale de l'hôpital est d'accord pour que l'Équipe Mobile du RSRH m'accueille en tant qu'agent de service civique. Après plusieurs semaines de procédures administratives[46], je signe mon contrat d'engagement le 18 octobre 2013. Celui-ci prend effet au 4 novembre 2013 et se termine le 30 juin 2014. Il mentionne la mission qui m'est confiée : « Accompagner des personnes en situation de précarité ou d'exclusion au travers de différentes activités destinées à favoriser leur retour à l'autonomie. » Cette formule, proposée par la cheffe de service de l'Équipe Mobile du RSRH, liée au cadre règlementaire du service civique ne dit rien de ce que je fais. Comme discuté dès ma première rencontre avec les membres de l'équipe, ce service civique est l'occasion de les suivre au quotidien[47] dans leurs pratiques et de mener une enquête sociologique que je leur rendrai. Le sujet de l'enquête n'est pas défini *a priori*. Le 4 novembre, lors de ma première journée au sein de l'Équipe Mobile du RSRH, je retrouve les professionnelles rencontrées au mois de juin, à l'exception de l'infirmière remplaçante, l'infirmier titulaire du poste étant de retour. J'explique de manière un peu plus détaillée ma méthode ethnographique, reste flou sur l'orientation de mon enquête (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.99), insiste sur la nécessité de prendre du temps et d'« accepter de se perdre » (Remy, 2014) avant de définir une thématique pertinente au regard de ce qui se passe sur le terrain. Cette posture est comprise, acceptée et les professionnels me laissent prendre place sur le terrain.

Mon arrivée dans l'équipe se fait dans un contexte sensible, dont je n'avais pas connaissance et que je découvre au début de mon service civique. En septembre 2013, l'Agence Régionale de Santé (ARS) demande à l'Équipe Mobile du RSRH de retravailler son projet de service pour mars 2014, afin de leur réassigner une lettre de mission. Il s'agit d'une obligation qui, je le comprends progressivement, s'apparente pour les professionnels à une remise en question de leurs pratiques. La coordinatrice du Réseau Social Rue Hôpital[48], en poste à mi-temps, a

[46] C'est la première fois que l'hôpital Saint Joseph Saint Luc recrute un agent de service civique. Les procédures à suivre constituent donc une découverte pour moi mais aussi pour le personnel administratif de l'hôpital.

[47] Mon contrat spécifiant un temps de présence de 30h par semaine, j'effectue des journées complètes du lundi au jeudi en me callant sur les horaires des professionnels présents à savoir 9h-18h avec une pause lors du repas de midi.

[48] La création et le fonctionnement du Réseau Social Rue Hôpital seront analysés dans le chapitre 2. Néanmoins, pour contextualiser ce chapitre méthodologique signalons que ce réseau lyonnais, qui a pour tutelle l'Agence Régionale de Santé et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale, comprend une coordinatrice et sept structures : l'Équipe Mobile du RSRH où je mène mon travail de terrain, rattachée à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc ; le Samu Social 69 ; Interface SDF, une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) rattachée à l'hôpital Saint Jean-de-Dieu ; le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri qui porte un « point santé » et des « lits infirmiers » pour hommes ; la Fondation Armée du Salut qui porte des « lits infirmiers » pour femmes » ; Médecins du

été missionnée par l'ARS pour les accompagner dans ce projet. Dès le début de mon travail de terrain, en novembre 2013, je participe à ces réunions sur le projet de service. Celles-ci sont chaotiques, difficiles et de nombreuses incompréhensions surgissent entre l'équipe et la coordinatrice, si bien que cette dernière se retire du projet en décembre 2013. L'expérience de ces réunions me conduit à réfléchir à un projet d'enquête et début 2014 je propose aux membres de l'équipe l'idée d'aller à la rencontre des professionnels des six autres dispositifs du Réseau Social Rue Hôpital pour interroger le regard qu'ils portent sur l'Équipe Mobile du RSRH et comment ils travaillent ensemble. Je conçois et présente cette enquête comme l'occasion d'apporter des éléments extérieurs qui pourraient nourrir la réflexion de l'équipe sur son projet de service en lui permettant de se déplacer, d'opérer un pas de côté. Pour moi, c'est aussi l'opportunité d'interroger la question, centrale dans les observations que j'ai menées jusque-là, de la coordination entre des professionnels et des dispositifs à la croisée de différents « mondes sociaux » (Strauss, 1992 [1978a] ; Cefaï, 2015). Cette proposition est acceptée par les professionnels à qui j'en parle lors d'une réunion d'équipe. Lors des mois de janvier et février je mène ainsi dix entretiens semi-directifs avec dix-sept professionnels – j'y reviendrai un plus loin dans cette section. Entre-temps, fin janvier 2014, la médecin et cheffe de service de l'Équipe Mobile du RSRH nous annonce sa démission, en raison de ses « désaccords avec l'ARS », qui sera effective au mois de mars. Dans ce contexte, le projet de service est reporté *sine die* et l'équipe reste pendant plusieurs mois sans chef de service et sans médecin. Un flou s'installe, les professionnels ont peu d'informations et des rumeurs quant à la pérennité même du dispositif circulent dans l'équipe et chez leurs partenaires. Dans ce climat difficile, les professionnels continuent ce qui représente pour eux leur « vrai boulot » (Bidet, 2011), ce qui compte à leurs yeux, ce qu'ils valorisent et dans lequel ils s'engagent[49] : aller à la rencontrer des professionnels et des personnes sans abri, les orienter voire les accompagner vers les soins. De mon côté, tout en continuant mes observations auprès des membres de l'Équipe Mobile du RSRH, j'analyse les entretiens semi-directifs réalisés avec leurs partenaires. Ce travail aboutit à la rédaction d'un document écrit d'une quinzaine de pages que je remets dans un premier temps aux membres de l'équipe. Avec leur accord – indispensable dans un contexte institutionnel aussi sensible – je diffuse ce document

Monde ; et, enfin, la Villa d'Hestia (qui relève des Lits Halte Soins Santé), qui sera mon second terrain ethnographique.

[49] Ce qui compte pour eux est aussi ce qui compte pour moi dans mon enquête. En effet, je me focalise sur les relations de soin entre les professionnels et les personnes sans abri, ainsi que sur les interactions entre les professionnels mais ne mène pas l'enquête sur les liens avec la direction de l'hôpital ou l'Agence Régionale de Santé.

auprès des personnes interrogées et j'accepte la proposition de la coordinatrice du Réseau Social Rue Hôpital de venir présenter ce travail auprès des professionnels du réseau lors d'une réunion. Le contexte ne favorise pas l'émergence de discussions autour de ce travail, qui reste relativement confidentiel. Il a néanmoins été pour moi l'occasion de mener mes premiers entretiens sur le terrain, de mieux comprendre le fonctionnement du Réseau Social Rue Hôpital et d'être identifié par les acteurs qui participent à son fonctionnement. L'enquête et sa présentation légitimera et facilitera, comme nous allons le voir, mon accès à mon second terrain : la Villa d'Hestia.

b/ Prolonger le terrain : la Villa d'Hestia

Après mon service civique, j'obtiens en juillet 2014 un contrat doctoral universitaire qui me permet de poursuivre mon travail de terrain. Le temps passé au sein de l'Équipe Mobile du RSRH, la compréhension des pratiques professionnelles que j'ai acquises et les notes d'observations que j'ai rédigées me paraissent suffisantes pour arrêter ce terrain (Peretz, 2016 [2004], p.93). L'enquête au sein de l'Équipe Mobile du RSRH se finalise à l'automne 2014 avec la réalisation d'entretiens avec les deux infirmiers et l'assistante sociale, même si je continuerai à les voir occasionnellement de manière informelle. Après huit mois complet au sein de l'Équipe Mobile du RSRH, j'envisage de poursuivre mon enquête de terrain à la Villa d'Hestia. Membre du Réseau Social Rue Hôpital, la *Villa* – comme les professionnels et les sans-abri disent – est une institution d'hébergement médicalisée, ayant le statut de Lits Halte Soins Santé (LHSS), qui a ouvert ses portes en décembre 2007, à Villeurbanne. Pour reprendre le décret officiel, les LHSS accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue[50] ». L'entrée à la Villa d'Hestia se fait sur des critères médicaux et est validée par la cadre de santé et le médecin. Au sein de cette institution jusqu'à 30 personnes, aussi bien des hommes que des femmes, peuvent être accueillies dans des chambres doubles ou

[50] « Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM) », consulté le 30 juillet 2019 : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=920D41F9F962A7AA5EC02FCFE66AE970.tpdila23v_3?cidTexte=JORFTEXT000031824723&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031824462.

individuelles. Je décrirai plus précisément l'institution et le profil des « patients », la catégorie employée que je reprends et que je travaillerai, à mesure que j'avancerai dans l'analyse.

Au cours de mon enquête de terrain au sein de l'Équipe Mobile du RSRH j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'accompagner les infirmiers ou l'assistante sociale à la Villa d'Hestia pour y rencontrer des personnes sans abri ou participer à des réunions. Lors de ces visites, deux éléments m'ont marqué : d'une part, la grandeur des lieux avec notamment un beau et grand jardin intérieur ; d'autre part, la présence, à chaque fois, de quelques personnes sans abri dans le large hall d'entrée, assises sur des fauteuils, seules ou à plusieurs. Par mes observations, ce lieu m'apparaissait comme l'endroit idéal pour poursuivre mon enquête : il pourrait me permettre de passer plus de temps avec des personnes sans abri engagées dans un processus de soin, chose que je n'avais jusqu'à présent pas faite car je rencontrais toujours les sans-abri en accompagnant les professionnels – je développerai ce point un peu plus loin dans cette section. C'est pourquoi, début octobre 2014, je contacte Laurence Baligand – la cadre de santé que j'ai croisée à plusieurs reprises et avec qui j'ai réalisé un entretien pour mon enquête auprès des partenaires de l'Équipe Mobile du RSRH – pour savoir s'il est possible d'y poursuivre mon travail de terrain. Sa réponse est enthousiaste et l'idée de « travailler ensemble[51] », avec l'équipe, comme je lui propose dès ma première sollicitation, l'intéresse. Si elle est partante, elle tient d'abord à en discuter avec son équipe puis, s'ils en sont d'accord, avec sa direction. Les réponses sont positives et la cadre de santé m'invite à participer à une réunion d'équipe le 26 novembre 2014 pour faire connaissance et expliquer mon travail. Je me présente et explique ma démarche d'enquête par observation devant 13 personnes : la cadre de santé, l'assistant social et sa future remplaçante, quatre infirmiers, les deux secrétaires, deux aides-soignants, le médecin et l'adjointe de direction – seul corps de métier non représenté, les agents de service hospitalier (ASH). Le fait d'avoir passé huit mois au sein de l'Équipe Mobile du RSRH « simplifie mon accueil » et « légitime ma demande », comme me le dira plus tard la cadre de santé. J'essaye de décrire ma manière d'enquêter en insistant sur le fait que je ne suis pas là pour « juger les bonnes ou les mauvaises pratiques » mais plutôt pour essayer de « comprendre ce qui se passe dans l'institution ». Je les rassure en leur annonçant que si ma présence les dérange, ils peuvent me le signaler afin que je ne participe pas à certaines situations. Cela arrivera une fois[52]. Je suis questionné sur mon temps

[51] C'est ici le point de départ de « l'ethnographie coopérative » mise en place à la Villa d'Hestia, comme je l'exposerai dans la section 2 de ce chapitre

[52] Un espace m'a été interdit, non pas par les professionnels, mais par la psychologue en charge l'analyse des pratiques professionnelles. Ce temps, mensuel, aussi appelé « supervision » se déroulé une fois par mois et

de présence à la Villa d'Hestia et sur les « débouchés » de mon travail pour l'institution. Je réitère la proposition faite quelques semaines plutôt à la cadre de santé de « réfléchir ensemble à une question » qui pourrait donner lieu à un temps de restitution et d'échange collectif en restant suffisamment large pour que chacun investisse à sa manière cette proposition. Le médecin réagit : « Ah enfin, on aura une évaluation qui ressemble à quelque chose ! » Si j'imagine qu'il fait référence à des évaluations externes, je prends mes distances avec ce terme qui me paraît renvoyer à une dimension normative de ce qui devrait être ou de ce qui devrait se faire, incompatible avec l'approche compréhensive dans laquelle je m'inscris et contradictoire avec ce que j'ai annoncé précédemment. La réunion se passe bien et je reviens à la Villa d'Hestia le 5 janvier 2015, pour récupérer une convention d'accueil qui, une fois signée, me permettra de venir régulièrement dans l'institution. Le 7 janvier je suis invité à une fête, organisée à l'occasion de la galette des rois, qui réunit l'équipe et les patients des LHSS ainsi que quelques partenaires professionnels. À partir du 30 mars 2015, je vais toutes les semaines à la Villa d'Hestia, en moyenne trois jours par semaine (parfois des weekends), jusqu'à février 2016[53]. Sur cette période, les observations se sont déroulées sur différents créneaux horaires, entre 8h30 et 22h00.

c/ Comprendre l'accès aux soins des sans-abri à l'aune du cas lyonnais

Mon enquête ethnographique a été menée au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et à la Villa d'Hestia ; avec la première j'ai circulé dans une pluralité de lieux – l'espace public, les hôpitaux, les cabinets de médecins généralistes et les centres d'hébergement – alors que la seconde m'a permis de m'ancrer dans une institution et son quartier. Les deux sont des réponses institutionnelles nées de « l'urgence sociale » et d'une politique publique cherchant à favoriser l'accès aux soins des sans-abri, mises en place en France depuis les années 1990. Autre point commun, elles sont situées dans l'agglomération lyonnaise. Pourquoi circonscrire l'enquête à ce seul territoire ? Et comment appréhender cette spécificité territoriale ? Si la question de la faisabilité et de l'accessibilité du terrain est

permet aux professionnels d'aborder une ou plusieurs situations qui leur posent problème. Les professionnels à qui j'avais demandé si je pouvais y participer n'y voyaient pas d'inconvénient. La psychologue a estimé que ma présence pouvait limiter leur prise de parole. Je n'ai pas insisté.

[53] L'exception est de mi-juillet à fin août où je ne vais pas à la Villa d'Hestia.

importante[54], elle n'est pas première. Deux raisons principales doivent être mentionnées pour justifier ce choix de terrain. La première concerne la quasi-absence d'enquêtes sociologiques[55] sur le sans-abrisme dans l'agglomération lyonnaise[56], à l'exception d'un article de Patrick Bruneteaux et Corinne Lanzarini (1996) consacré à un accueil de jour, la Péniche Accueil, et de l'enquête ethnographique de David Grand (2016) sur l'hébergement social des sans-abri dont l'un des terrains est un centre d'hébergement lyonnais, nommé Train Nuit. Une deuxième raison concerne l'importance d'enquêter au niveau local sur la mise en œuvre d'une action publique nationale. C'est à cette échelle que l'action s'applique et se redéfinit :

> « Prétendre qu'un plan d'action officiel et son application sur le terrain sont deux choses identiques revient à ne pas regarder les faits en face. Dans une certaine mesure, mais fréquemment à un degré important, le plan d'action est modifié, déformé et refaçonné dans sa mise en œuvre concrète, de telle sorte qu'il prend finalement une forme inattendue. Il faut s'attendre à cela. En effet, la mise en œuvre d'un plan d'action nous fait entrer dans un nouveau processus de définition collective » (Blumer, 2004 [1971], p.197-198).

La thèse vise à comprendre à la fois comment l'urgence sociale est mise en œuvre, sur le terrain, par différents acteurs – je m'intéresse aux professionnels – et comment elle reçue par le public ciblé, les personnes sans abri. L'intérêt de cette « approche par le bas » (Hassenteufel, 2011, p.93-114) est de saisir finement les spécificités de l'urgence sociale sur un territoire peu enquêté afin de les faire dialoguer avec celles d'autres villes au cœur de thèses récentes, comme Paris (Gardella, 2014a ; Aranda, 2019a), Lille (Schlegel, 2019), Strasbourg (Coulomb, 2016), Saint-Étienne (Maurin, 2017) ou Grenoble (Levy, *à paraître*). Dans un souci de complémentarité avec la littérature existante, ma thèse propose donc d'enquêter sur et dans cette grande agglomération française afin d'engager une discussion sur la diversité des formes de l'urgence sociale.

[54] Je vis à Lyon et j'ai mené mes enquêtes de Master au sein de cette ville. Comme je l'ai montré précédemment, mon entrée sur le terrain de thèse est indissociable de mes premières expériences au sein de l'urgence sociale et des connaissances que j'avais quant à son organisation à Lyon.

[55] Je mets donc de côté les travaux historiques d'Axelle Brodiez-Dolino sur lesquels je reviendrai, plus tard dans cette section, en présentant mon enquête archivistique.

[56] La thèse en cours de Louis Bourgois s'intéresse aux villes de Saint-Étienne, Grenoble et Lyon mais sur une question parallèle – les politiques publiques autour des bidonvilles « roms » – de sorte que nos terrains se recoupent peu.

Enfin, il importe de préciser que si l'enquête est localement située, ses résultats ne se cantonnent pas aux limites géographiques de l'agglomération lyonnaise. Mon enquête peut s'envisager comme une *étude de cas*[57] au sens d'une ethnographie qui cherche à tenir ensemble considération des spécificités locales et généralisation (Buscatto, 2012). Il s'agit, d'une part, de comprendre ce qui fait la particularité du terrain d'enquête et, d'autre part, de formuler des propositions analytiques et théoriques qui ne se limitent pas au cas lyonnais mais qui ont, au contraire, une portée plus générale. Comme l'écrit Norbert Elias dans l'introduction à l'ouvrage coécrit avec John L. Scotson, *Les logiques de l'exclusion* (2001) :

> « Le choix d'une petite unité sociale pour étudier des problèmes que l'on retrouve dans un large éventail d'unités sociales plus grandes et différenciées permet de ne laisser dans l'ombre aucun détail : de réaliser, pour ainsi dire, une étude microscopique. On peut construire, sur une petite échelle, un modèle explicatif de la configuration qu'on croit universelle : un modèle prêt à être testé, élargi et, au besoin, révisé à la lumière d'autres enquêtes relatives à des représentations apparentées sur une grande échelle » (Elias, 2001, p.36).

Les propositions analytiques esquissées en introduction et qui seront développées au long de cette thèse concernant les processus de personnalisation et de dépersonnalisation du patient peuvent être discutées en dehors du cas lyonnais puisqu'elles prétendent dire des choses sur les relations de soin dans lesquelles sont engagées les personnes sans abri, qu'importe les lieux où elles se déroulent. Il me semble même qu'on peut affirmer, avec prudence et à l'instar de Pascale Pichon qui propose par sa démarche ethnographique de penser « notre urbanité avec les sans domicile fixe » (Pichon, 2010, p.19), que cette thèse contribue à penser la relation de soin avec les sans-abri. Le sans-abrisme constitue une situation-limite qui permet d'engager une réflexion sur la relation de soin en général, qu'elle concerne ou non des sans-abri.

[57] S'il s'agit de lectures qui ont pu me nourrir, je n'inscris pas ma démarche l'étude de cas comme « analyse situationnelle » telle qu'elle a pu être conceptualisée par les chercheurs du Rhodes-Livingstone Institute et l'École de Manchester (Mitchell, 1983 ; Cefaï (dir.), 2003, p.43-47) ni même dans « l'étude de cas élargie » (Burawoy, 2003 [1998]). L'encadré 4 précisera ma conception des « cas ».

2/ Circuler entre les personnes : suivre les professionnels et les sans-abri

Au sein de l'urgence sociale circule une multiplicité de personnes : les sans-abri, des professionnels comme des médecins, des infirmiers ou des travailleurs sociaux, mais aussi des bénévoles. Au cours de mon enquête de terrain, je me suis focalisé sur deux types d'acteurs : les professionnels et les personnes sans abri qu'ils prennent en charge. C'est avec ce souci de symétrie (a) que j'ai circulé entre les personnes pour mener des observations (b) et des entretiens (c) avec les deux « camps ».

a/ Un souci de symétrie

Mon enquête de terrain débute, comme je l'ai précédemment indiqué, au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH) en novembre 2013. Ma démarche consiste ici à suivre les professionnels de cette équipe en les accompagnant dans leurs circulations, centrales pour une équipe mobile, quand bien même ils n'ont pas de véhicule et se déplacent par leurs propres moyens (voiture personnelle, vélo, transports en commun) – un paradoxe sur lequel je reviendrai dans le chapitre 2. Leur quotidien s'organise autour d'habitudes, de rendez-vous préalablement fixés et de rencontres impromptues ; en partageant avec moi leurs emplois du temps, je peux facilement établir le mien pour savoir avec qui je vais passer la journée ou la demi-journée et dans quels lieux. À l'instar de l'enquête de Daniel Cefaï et Édouard Gardella (2011) auprès des professionnels des Équipes Mobiles d'Aide du Samusocial de Paris, mes déplacements dans la ville et entre les institutions d'hébergement et de soin sont liés à ceux des professionnels ; je vais là où ils vont. Cette démarche peut être qualifiée d'« ethnographie multisituée » au sens où l'entend George E. Marcus : « La recherche multisituée est conçue autour de chaînes, de chemins, de fils, de conjonctions ou de juxtapositions de lieux dans lesquels l'ethnographe établit une présence physique réelle, mais avec une logique explicite d'association ou de connexion entre les sites qui, de fait, définit l'argument de l'ethnographie » (Marcus, 2010 [1995], p.384). La « logique explicite d'association » est ici le suivi des professionnels. Mon enquête s'organise autour de différents sites qui ont tous en commun d'être fréquentés ou traversés par les professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH. En les accompagnant, je me déplace dans une diversité d'espaces, observant une pluralité de « situations » (Goffman, 2013 [1963], p.18 ; Joseph, 2009 [1998], p.124) entre « scènes » et « coulisses » (Goffman, 1973 [1956]) : accompagnements chez un

médecin généraliste ou chez un spécialiste à l'hôpital, réunions d'équipe, entretiens professionnels avec des personnes sans abri dans l'espace public, dans un café ou un centre d'hébergement, échanges informels avec des professionnels d'autres institutions, temps d'attente avant un rendez-vous. Progressivement, au fil des jours et des semaines passés sur le terrain, mon suivi des professionnels s'organise et se réfléchit selon deux modalités. D'une part, je veille à équilibrer mes observations, en allant dans des espaces relevant à la fois du monde médical et du monde de l'assistance pour observer les manières d'agir des professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH dans ces différents contextes. D'autre part, j'essaye, dans la mesure du possible, de suivre dans le temps l'évolution de certaines prises en charge. Cela signifie que, les quelques fois où j'ai la possibilité d'accompagner plusieurs professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH, je vais privilégier celui qui va à la rencontre d'un patient que je connais déjà ; l'idée étant de documenter des processus, éventuellement des « trajectoires de maladie » (Strauss & *al*., 1992 [1985a]), pour décrire les circulations des soignés au sein d'institutions de soins et d'assistance, comprendre l'évolution d'un réseau d'acteurs professionnels et non-professionnels autour du patient et ainsi analyser comment le soin se définit et se redéfinit au cours du temps. Au suivi des professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH se superpose ainsi le suivi des histoires de vie des patients, qui sont ici toujours des histoires de soins ; au « suivi des individus » s'ajoute ici le « suivi des biographies », pour reprendre les « modes de construction » de l'ethnographie multisituée distingués par George E. Marcus (2010 [1995]). Les déplacements et les connexions que j'effectue entre différents sites sont donc intimement liés aux circulations des professionnels mais aussi à celles des personnes sans abri qu'ils accompagnent régulièrement ou épisodiquement. C'est ainsi que, en accompagnant les professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH, je revois à plusieurs reprises les mêmes personnes dans des contextes et des moments différents de leur existence. Ces patients, qui constituent des *cas* pour les professionnels, deviennent aussi des *cas* pour le sociologue (encadré 4).

Encadré 4. Des cas professionnels aux cas sociologiques

J'ai précédemment évoqué « l'étude de cas » en revenant sur l'ancrage local de mon enquête ethnographique. Cette catégorie de « cas » se retrouve autant chez les sociologues que chez des professionnels du monde médical ou du travail social. Revenant sur la genèse de *Le paysan polonais* de William I. Thomas et Florian Znaniecki, Andrew Abbot et Rainer Egloff (2008) retracent l'origine de l'enquête par « recueil de cas » (*casebook*) déployée dans cet ouvrage. Celle-ci trouve ses fondements dans l'usage qu'en font les enseignants du droit dans les universités américaines, les médecins et les psychiatres, les réformistes et les travailleurs sociaux à la fin du 19ème siècle et au début du 20ème siècle – les recueils de cas de ces derniers étant d'ailleurs largement repris et réutilisés par les premiers sociologues de Chicago (Platt, 2003 [1994]). Dans *Le paysan polonais*, chaque cas est élaboré à partir de documents personnels qui permettent de retracer la vie d'une personne ou d'une famille immigrée. Et, de la mise en dialogue des cas émerge la théorie. Cette méthode est à l'origine de « l'induction analytique » (Katz, 2001 ; Becker, 2002 [1998]), une approche – d'ailleurs théorisé par Florian Znaniecki – qui vise à élaborer une théorie *explicative* cas après cas. Ici, une théorie est construite à partir d'un premier cas puis se complexifie avec d'autres cas et en particulier la recherche de cas négatifs[58]. Ce n'est pas celle que j'ai mise en œuvre, même si je m'en suis inspiré. Pour reprendre la formulation d'Howard S. Becker, je m'inscris dans une « induction analytique pas-trop-rigoureuse », comme de nombreux ethnographes (Becker, 2002 [1998], p.321). La distinction repose sur le fait qu'il n'y a pas « une unique généralisation, selon la procédure stricte et exclusive caractéristique de l'induction analytique classique » (*Ibid*., p.323). La similitude entre la version rigoureuse et pas-trop-rigoureuse de l'induction analytique réside dans le « refus commun de balayer les faits contradictoires en les considérant comme une sorte de variation négligeable, et dans le fait qu'elles s'attachent au contraire, l'une comme l'autre, à les considérer comme des faits dont la théorie doit pouvoir rendre compte et qui doivent pouvoir trouver leur place dans le tableau » (*Ibid*., p.323). Dans cette perspective et à l'instar de la « théorie ancrée[59] » (Glaser & Strauss, 2010 [1967]), l'analyse s'opère par une comparaison continue de chaque cas, articulés différemment les uns aux autres, pour proposer une théorie.

Mes données ont fait l'objet de plusieurs classifications qui ont donné lieu à la création de cas. Par exemple, chaque consultation médicale (que celle-ci se déroule à hôpital, dans un cabinet de médecin généraliste ou aux Lits Halte Soins Santé) a constitué un cas, comprenant tous les éléments d'observations et d'entretiens formels ou informels la concernant. Tous les cas de consultation médicale ont été relus et travaillés ensemble pour repérer des similitudes et des divergences. De même, chaque patient est devenu un cas à partir des rencontres que j'ai eues avec lui et des données le concernant même s'il n'était pas présent (par exemple, lors d'une réunion d'équipe les professionnels parlent de lui même s'il ne participe pas à la situation). J'ai mené ce travail sur l'ensemble de mon matériau d'enquête, de manière plus ou moins formalisée. Et, c'est par ce processus de catégorisation des données, d'élaboration de cas continuellement mis en comparaison les uns avec les autres que l'analyse proposée dans cette thèse a été conduite.

[58] Dans le domaine du sans-abrisme, c'est une méthode mise en œuvre par exemple par Édouard Gardella (Gardella & Arnaud, 2018).

[59] Dans le domaine du sans-abrisme, c'est une méthode mise en œuvre par Pascale Pichon (dir.) (2010).

Les « places » (Favret-Saada, 2019 [1977]) occupées sur le terrain par l'enquêteur et auxquelles les enquêtés l'assignent doivent être réfléchies pour donner à voir le plus finement possible comment l'enquête est conduite et ce qu'il est possible ou non d'observer. Au sein de l'Équipe Mobile du RSRH, je suis souvent pris pour un « stagiaire » infirmier ou assistant social, selon le professionnel que j'accompagne[60] ; position renforcée par le fait que les professionnels de l'équipe me présentent régulièrement comme un « collègue ». N'ayant pas toujours le temps d'expliquer, même rapidement, mon travail de recherche, cette place limite les échanges avec les personnes sans abri. Je n'ai pas avec elles, comme avec les professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH, ces temps informels où il est possible de reprendre les situations observées, de rediscuter de ce qui a pu se passer et de comprendre leurs points de vue. C'est pourquoi, mon service civique terminé, je poursuis mon enquête ethnographique aux Lits Halte Soins Santé (LHSS) de la Villa d'Hestia. Le souvenir de croiser, à chacune de mes visites, des personnes sans abri dans le hall d'entrée, m'oriente vers cette institution dont le fonctionnement même – un lieu de soin et d'hébergement avec des horaires de sortie de 13h à 19h – permet de passer du temps avec elles et me donne accès à leurs expériences quotidiennes, à leurs manières de vivre et de juger les soins, ce qui m'était peu ou pas accessible au regard de ma place au sein de l'Équipe Mobile du RSRH. En allant dans une institution qui constitue un lieu de vie, j'accède aux « univers ordinaires des patients » (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.305), aux singularités des personnes sans abri, à leurs habitudes et à leurs attachements ; dès lors, on comprend comment cette posture méthodologique, faite de circulations entre des interactions réunissant des professionnels et des patients et des situations qu'avec les personnes sans abri, m'amène à problématiser ma recherche autour de processus de personnalisation et de dépersonnalisation au sens où je l'ai défini en introduction. Ce sont ces circulations qui me permettent de soulever la question de la (dé)considération, dans la relation de soins, des *singularités* et des *capacités* des sans-abri que je peux observer en passant du temps avec eux. Mon enquête de terrain au sein de l'Équipe Mobile du RSRH me permet de réaliser une ethnographie de la relation de soin sensible aux deux côtés de cette relation, telle que la propose Sylvie Fainzang :

[60] Précisons que j'ai principalement suivi les infirmiers de cette équipe et, à un degrés moindre l'assistante sociale. C'est pourquoi dans la Partie 1, je reviendrai exclusivement sur les pratiques des infirmiers.

> « Bien que l'anthropologue construise souvent son objet en l'identifiant à un groupe qu'elle place au cœur de sa recherche (les recours thérapeutiques chez les X, les pratiques de soins des Y, etc.), l'objet de cette étude incluait nécessairement deux groupes puisqu'elle portait sur ce qui se dit dans la relation entre eux, envisagée non pas seulement comme une relation thérapeutique mais comme une relation sociale. Pour ce faire, il convenait de ne pas privilégier un point de vue sur un autre, pas plus que de prendre "parti" pour l'un ou pour l'autre. Il ne s'est donc pas agi de faire l'ethnographie *des malades* ou *des médecins*, ce qui aurait amené le chercheur à éprouver une empathie pour les uns *ou* pour les autres de manière exclusive, mais de faire l'anthropologie d'une relation impliquant les deux, et vis-à-vis desquels l'approche ethnographique, avec l'immersion et l'observation qu'elle suppose, devenait, par la double empathie qu'elle a permis de réaliser, le meilleur outil de ce décentrement » (Fainzang, 2013, p.85-86)

En négociant mon entrée à la Villa d'Hestia, il s'agit de me donner les moyens de rendre possible une ethnographie qui respecte un « principe de symétrie », entendu comme le fait de « suivre l'ensemble des "camps" ou, du moins, de ne pas prêter à l'un, *a priori*, des compétences que l'autre n'aurait pas » (Barthe & *al.*, 2013, p.201). Les « camps » sont ici au nombre de deux : il s'agit des professionnels, dans toute leur diversité, qui ont pour mission de favoriser l'accès aux soins des personnes sans abri ; ces dernières, elles aussi dans toute leur diversité, constituent le second « camp », celui du public ciblé par cette politique publique[61].

Paradoxalement, mes observations à la Villa d'Hestia débutent du côté des professionnels. Je reproduis la manière d'enquêter qui était la mienne au sein de l'Équipe Mobile du RSRH : je suis les professionnels dans leurs pratiques, en particulier celles des infirmiers. Lorsqu'au mois de mars 2015 je commence à venir plusieurs fois par semaine aux LHSS, je prends l'habitude de mener des observations en salle de soins, là où les infirmiers reçoivent les patients. Je ne réfléchis pas vraiment cette orientation. Probablement s'agit-il pour moi d'une position confortable : d'une part, leurs façons d'agir entrent en résonance avec les nombreuses observations réalisées auprès des infirmiers de l'Équipe Mobile du RSRH ; d'autre part, j'ai eu l'occasion, lors de la réunion d'équipe en novembre 2014, de me présenter et d'expliquer ma démarche d'enquête aux professionnels qui sont donc au courant de qui je suis et de ce que je viens faire dans l'institution, au contraire des personnes sans abri qui sont accueillies

[61] Je précise que je n'ai pas enquêté auprès des bénévoles qui pourraient potentiellement représenter un troisième « camp ». J'ai enquêté auprès des personnes rencontrées dans les institutions que j'ai fréquentées et au sein de l'Équipe Mobile du RSRH comme à la Villa d'Hestia, il n'y avait pas de bénévoles. Je n'ai par ailleurs pas jugé nécessaire d'ouvrir un troisième terrain (par exemple Médecins du Monde) où des bénévoles s'engagent dans des relations de soin avec des personnes sans abri. Sur ce point, je renvoie au travail d'Isabelle Parizot (2003) qui a enquêté tant du côté des professionnels soignants que des bénévoles. La place des bénévoles dans l'assistance aux sans-abri est également analysée par Louis Bourgois dans sa thèse en cours et dans un article qu'il a coécrit avec Marion Lièvre (Bourgois & Lièvre, 2019).

dans l'établissement. Pour pouvoir passer du temps avec les personnes sans abri soignées, il faut que je me réengage dans ce travail de présentation de soi, que je définisse qui je suis et ce que je viens faire à la Villa d'Hestia. Au bout de deux semaines et de cinq journées passées sur le terrain, je décide de ne plus aller en salle de soins – en tout cas plus de cette manière – et demande à la cadre de santé s'il est envisageable d'organiser un temps avec les patients, à l'instar de celui organisé en novembre avec tous les membres de l'équipe, afin que je puisse me présenter. Cela n'est pas possible, chaque patient gère son emploi du temps et il n'y a pas de temps, comme du côté des professionnels avec les réunions d'équipe, où tout le monde serait présent. En revanche, elle me propose de venir dire « quelques mots lors du repas de midi », où une grande majorité des patients sont présents. Cela me paraît une bonne occasion d'informer, de manière très générale, qui je suis.

Cette présentation se déroule le 20 avril 2015. Je me présente comme un « étudiant en sociologie qui fait une thèse », précise que je vais venir « régulièrement, durant plusieurs mois » et leur annonce que « ça m'intéresserait de pouvoir échanger avec eux ». Un jeune homme d'une vingtaine d'année m'interrompt et me demande : « Ok, vous vous faites ça. Mais nous concrètement ça nous apporte quoi ? » La remarque n'est nullement formulée sur le ton d'un reproche mais plutôt d'un constat. Je réponds qu'honnêtement, « je ne sais pas quels peuvent être les apports concrets ». Mais ajoute qu'il y a une idée de mener une étude, de « travailler ensemble », avec eux et les professionnels, pas encore définie mais qui peut être l'occasion de faire « remonter des choses quant à [votre] expérience ici ». Je doute que ma réponse, assez floue, le satisfasse mais il me dit : « Ok, d'accord. » Ce temps de présentation dure cinq minutes. Plus que ce moment en lui-même, c'est ce sur quoi il ouvre qui est intéressant. Dans les minutes qui suivent ou le lendemain, quelques personnes viennent me voir pour en savoir plus et me demander des précisions. Grace à elles, j'en rencontre d'autres. L'interconnaissance, condition *sine qua non* à l'enquête ethnographique (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.275), se tisse. Les personnes m'identifient[62] et c'est ainsi que nous pouvons commencer à « faire connaissance » au double sens d'apprendre à se connaître et de produire ensemble un savoir. En effet, à partir de cette présentation, mon enquête évolue. Je passe mon temps dans les espaces partagés que sont le hall d'entrée et surtout le coin fumeur, une familiarité s'installe, je partage les discussions des patients et les accompagne dans leurs déplacements, en particulier dans le quartier lorsqu'ils vont se balader,

[62] Le travail de présentation s'effectue ensuite au cas par cas quand de nouveaux patients arrivent dans l'institution.

faire des courses, boire un verre au bistrot ou des bières sur un banc public. Je retourne en salle de soins mais cette fois en accompagnant des patients qui acceptent que je vienne avec eux ou qui me le proposent. En un mot, qui m'a été plusieurs prononcés par des professionnels et des sans-abri, je « traîne » avec ces derniers.

b/ Observer à découvert et prendre des notes

Dans les années 1950, à travers le *Field training project*, les chercheurs de l'Université de Chicago engagent une réflexion sur l'observation en sociologie et son enseignement (Cefaï, 2002). Dans ce cadre, Buford Junker (1960) recense quatre rôles possibles pour l'enquêteur sur son terrain : le pur participant, le participant-comme-observateur, l'observateur-comme-participant et le pur observateur. Des quatre rôles, ma posture se rapproche du « participant-comme-observateur » au sens où « l'enquêteur et l'informateur sont tous deux conscients d'entretenir une relation de terrain » (Gold, 2003 [1958], p.345). Comme je l'ai précédemment expliqué, j'essaye d'informer les professionnels et les personnes sans abri de mon travail d'enquête ; c'est d'ailleurs un préalable indispensable à une conception coopérative de l'enquête, comme je le développerai dans la section 2 de ce chapitre. Dans le cadre d'une « observation à découvert » (Peretz, 2016 [2004]), « les perturbations déclenchées par l'observation ne peuvent elles-mêmes jouer que dans certaines limites » (Schwartz, 2018 [1993], p.350). En effet, comme l'explique Howard S. Becker (1970) les contraintes de la vie ordinaire pèsent plus que la présence d'un observateur sur les façons d'agir des acteurs. Si la présence de ce dernier peut avoir une influence sur les situations qu'il observe, elle s'estompe avec le temps et face aux engagements quotidiens dans lesquels les acteurs sont pris. La longue durée de l'enquête – huit mois à raison de quatre jours par semaine à l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et pratiquement neuf mois de manière plus discontinue mais à raison de trois jours par semaine, en moyenne, à la Villa d'Hestia – est aussi indispensable pour nouer des relations et créer des affinités qui rendent possible l'observation d'une diversité de situations.

Ces observations ont fait l'objet de différentes prises de notes dont la forme et la temporalité sont intimement liées aux rôles endossés sur le terrain (Gonzalez, 2010, p.121). L'observation à découvert a favorisé les prises de notes *in situ.* Les acteurs étant informés du travail d'enquête et m'identifiant comme chercheur comprenaient quand ils me voyaient prendre des notes. J'avais toujours dans une poche un petit carnet avec un crayon que je sortais

régulièrement pour écrire quelques mots sur ce qui se passait ou noter, entre guillemets, des propos échangés. Il s'agissait de « notes repères » (Arborio & Fournier, 2015 [1999], p.55) qui favorisent la mémoire et qui furent, dans un second temps, reprises et étoffées dans mon journal de terrain. Annoncer mon travail de recherche me permettait aussi d'enregistrer au dictaphone certaines situations, avec l'accord des participants, comme des réunions d'équipe ou des rencontres entre des professionnels et des sans-abri. Mon dictaphone était toujours dans mon sac, avec des piles supplémentaires ; parfois j'utilisais aussi le dictaphone disponible sur mon smartphone. Les enregistrements audio, qui permettaient de capter avec précision la communication verbale, étaient accompagnés d'une prise de note plus sensible aux gestes, aux attitudes corporelles et aux objets. Ce sont des dimensions particulièrement importantes dans les interactions entre les professionnels et les patients : les corps sont au centre de l'attention, ils sont touchés à mains nus ou par l'intermédiaire d'objets, des gestes précis sont accomplis. Comprendre l'accomplissement du soin exige aussi une description de ces pratiques. Il me semble que si la prise de notes *in situ* et l'enregistrement audio ont été rendu possible par le fait que je me sois présenté comme chercheur ils ont, réciproquement, contribué à ce que les personnes présentes sur le terrain me reconnaissent comme sociologue, notamment les personnes sans abri de la Villa d'Hestia. Ce fut par exemple le cas d'Éric, l'un des personnages importants de cette thèse et de mon enquête, qui n'hésitait pas à boire de l'alcool dans sa chambre en ma présence alors que cette pratique était règlementairement interdite. Les outils qui furent les miens – carnet et stylo, dictaphone, puis appareil photo – m'ont permis de me distinguer des professionnels et donc d'avoir accès à des pratiques – en particulier la consommation d'alcool – et à des lieux – à l'extérieur de l'institution – qui leur sont peu ou pas accessibles.

Néanmoins, la typologie de Buford Junker et Raymond Gold est problématique si l'enquêteur cherche à inscrire son enquête et sa posture dans un seul des quatre rôles. Plus que la typologie, c'est la tension entre « participation » et « observation » qui me paraît importante. Au cours de son travail de terrain, l'enquêteur s'engage à de multiples situations au cours desquelles il participe *plus ou moins*, observe *plus ou moins*. Ses rôles se déplaçant et se réajustant sur l'axe de tension, se rapprochant ou s'éloignant des pôles de la « participation » et de « l'observation ». Prenons l'exemple d'une situation à la Villa d'Hestia, sur laquelle je reviendrai dans le chapitre 4. Le 11 juin 2015, Monsieur Palay, un patient aphasique, partiellement paralysé, est très agité sur son fauteuil roulant. Une aide-soignante souhaite lui changer sa protection mais elle n'y arrive pas seule. Avec un infirmier nous allons dans la

chambre de Monsieur Palay pour l'aider. Au regard de son excitation, l'infirmier propose de lui changer uniquement son tee-shirt, mouillé de transpiration. Pour se faire, on s'y met à trois : l'infirmier se place à la droite de Monsieur Palay ; l'aide-soignante à sa gauche ; et je me mets derrière pour maintenir le fauteuil qui même avec les freins ne cesse de bouger. Il n'est pas nécessaire ici d'aller plus loin dans la description. Si, de manière générale, ma posture s'est rapprochée du rôle du « participant-comme-observateur », il est arrivé que je participe pleinement à la situation sans que tous les acteurs en présence – dans ce cas, Monsieur Palay – soient au courant de mon travail d'enquête. Dans ce contexte, il est impossible de prendre des notes *in situ*. La prise de notes est décalée de quelques minutes ou quelques heures après la situation vécue et observée. Ces différences d'engagements dans les situations, et donc de prise de notes, expliquent la diversité des types de comptes rendus ethnographiques présents dans la thèse : certains reposeront principalement sur du discours direct car les interactions ont été enregistrées ; d'autres sur du discours indirect car il n'y a pas eu d'enregistrement et la prise de note s'est faite après l'observation.

c/ S'entretenir de manière formelle et informelle

Everett C. Hughes écrit joliment que l'entretien « est l'art de la sociabilité sociologique, le jeu que nous jouons pour en savourer les subtilités. C'est notre flirt avec la vie, notre souci permanent ; nous le jouons sérieusement et pour gagner, mais avec ce détachement et cet amusement qui donne, que l'on perde ou que l'on gagne, l'envie de poursuivre et d'interviewer encore et encore » (Hughes, 1996, p.282). Cet *art de la sociabilité sociologique* a pris différentes formes, plus ou moins formelles, tant avec les professionnels qu'avec les personnes sans abri (cf. Annexe 1 : Récapitulatif des entretiens). Du côté des professionnels, il est possible de distinguer trois moments, trois périodes au cours desquelles des entretiens ont été conduits.

La première est janvier-février 2014. Elle correspond, comme je l'ai précédemment indiqué aux entretiens que j'ai menés dans le cadre de mon enquête auprès des partenaires de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. J'ai mené dix entretiens semi-directifs avec seize professionnels ; certains dans le cadre d'entretiens individuels, d'autres dans le cadres d'entretiens collectifs pensés comme « un dispositif de réflexivité distribuée » (Lannoy & Nijs, 2016, p.104).

Une deuxième phase d'entretiens s'est déroulée en octobre-novembre 2014. Je ne suis plus en service civique au sein de l'Équipe Mobile du RSRH et n'ai pas encore commencé mon terrain à la Villa d'Hestia. Je profite de cette période pour mener des « entretiens ethnographiques » (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.155) avec les deux infirmiers et l'assistante sociale de l'Équipe Mobile du RSRH sur leur activité, leurs rencontres avec les sans-abri et les professionnels sur la diversité des scènes où je les ai accompagnés. Ces entretiens sont particulièrement riches et intéressants car ils s'appuient sur des observations passées, des expériences communes que nous avons partagées et qui permettent des questions précises et des réponses ancrées dans des situations vécues (Emerson, Fretz & Shaw, 2010 [1995], p.137).

Une troisième et dernière phase d'entretiens avec des professionnels s'est déroulée en septembre 2015, à la Villa d'Hestia. Seize professionnels des Lits Halte Soins Santé ont été interrogés dans le cadre d'entretiens individuels autour de l'alcool, sa gestion et leurs positions vis-à-vis de ce produit interdit dans l'institution. À l'instar de ceux menés avec les professionnels de l'Équipe Mobile du RSRH, ces entretiens ont eu lieu après plusieurs semaines d'observations, favorisant ainsi des échanges concrets sur des situations passées. Cette focalisation sur l'alcool est liée à une enquête coopérative engagée sur ce sujet, décrite par ailleurs (Uribelarrea & Jouve, 2017) et que je présenterai dans la section 2 de ce chapitre.

Au-delà de ces entretiens formels, de nombreux entretiens informels ont été menés au cours de mon enquête de terrain. Les professionnels et les personnes sans abri, comme tous les acteurs, s'engagent quelques secondes ou quelques jours plus tard dans des comptes rendus descriptifs de situations. Comme le rappelle Olivier Schwartz (2018 [1993], p.338-339), l'enquête ethnographique ne consiste pas seulement à observer, elle favorise la création de « situations de parole » qui permettent de saisir « comment se passe le cours ordinaire des choses » et d'accéder aux « points de vue » des personnes. Au sein de l'Équipe Mobile du RSRH, ces entretiens informels ont fait l'objet de prise de note *in situ* ou plus tard, en dehors du terrain. À la Villa d'Hestia, ce format d'entretien est devenu tellement habituel[63] avec les patients que j'ai progressivement décidé d'enregistrer ces conversations avec l'accord des personnes qui y prenaient part. Dans ces moments, j'ai valorisé une forme de réserve dans l'interaction comme le préconise Jeanne Favret-Saada : « La réserve, voire le silence, une certaine manière de laisser flotter ma demande au gré de l'interlocuteur et du moment, une

[63] En raison de l'interdiction de sortir avant 13h00, les matinées passées dans le coin fumeur de l'établissement étaient riches de conversations informelles avec des patients. J'ai pu échanger de manières longues et répétées dans le temps avec une dizaine de personnes sans abri accueillies à la Villa d'Hestia.

sorte de passivité instituée en méthode » (Favret-Saada, 2014). Une réserve qui laisse toute sa place à la parole des personnes ; les silences de l'enquêteur représentants des invitations à continuer, à raconter ce qui compte pour elles. Et le silence n'est jamais absolu, il s'accompagne de questions « intentionnellement ouvertes » (Emerson & *al*., 2010 [1995], p.137), de relances qui attestent d'une curiosité, d'un intérêt pour ce qui est dit et ce qui se fait, d'une volonté de comprendre grâce aux personnes elles-mêmes. Si l'on suit Patrick Bruneteaux et Corinne Lanzarini (1998), ce format d'entretien informel serait d'ailleurs à privilégier avec les personnes sans abri puisqu'il réduirait les effets négatifs et la violence symbolique inhérente aux entretiens formels. Le fait d'utiliser mon dictaphone aussi bien lors d'entretiens prévus que de conversations impromptues m'amène à relativiser la différence entre entretiens semi-directifs formels et entretiens ou conversations informelles. Dans le cadre d'une enquête ethnographique inscrite sur le temps long, la distinction me parait ténue.

3/ Circuler dans le temps : interroger les spécificités locales

Selon Nicolas Dodier et Isabelle Baszanger, « une enquête est ethnographique lorsque le chercheur est soucieux de faire le lien entre les faits qu'il observe et des particularités du contexte dans lequel ceux-ci se déroulent, liées à des contingences historiques ou culturelles » (Dodier & Baszanger, 1997, p.41). Les deux sociologues ajoutent, un peu plus loin, qu'« une question se pose alors aux enquêtes de terrain : quel est le statut de ce contexte particulier dans lequel se déroule l'enquête ? Comment est-il qualifié ? » (*Ibid*., p.42). C'est sur la question de ce contexte particulier que je souhaite ici m'arrêter, en rendant compte d'une évolution, d'un passage d'une enquête *dans* l'urgence sociale lyonnaise à une enquête *sur* l'urgence sociale lyonnaise. Ce travail généalogique s'est avéré nécessaire au regard de la première période d'observations au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (a). Il m'a conduit à me plonger dans les archives institutionnelles disponibles au sein de la grande association lyonnaise, le Foyer Notre-Dame des Sans-abri (b). Deux fils problématiques ont progressivement émergé et orienté la constitution du corpus d'archives : l'évolution de la place du soin dans les institutions d'hébergement de cette association et la création entre 1994 et 2001 de trois équipes mobiles : le Samu Social, Interface SDF (une équipe mobile rattachée à l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu) et l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (rattachée à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc) (c).

a/ D'une approche présentiste à une approche généalogique

Nous sommes le 21 octobre 2014, à Lyon, à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Un comité de suivi du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH) est organisé, rassemblant les directeurs et/ou les chefs de service de l'ensemble des institutions membres de ce réseau. La coordinatrice du RSRH m'a proposé de venir présenter l'enquête que j'ai conduite lors de mon service civique au sein de l'Équipe Mobile du RSRH. J'expose mon analyse durant une vingtaine de minutes. À partir de mon travail, des discussions s'engagent entre les personnes présentes, sur l'Équipe Mobile du RSRH, le fonctionnement de ce réseau et, plus largement, sur l'accès aux soins des sans-abri. Le directeur d'une association s'interroge sur « l'évolution des structures d'hébergement » qui devraient, selon lui, se « doter d'outils, de professionnels de santé » pour répondre aux personnes qu'elles accueillent. Il appuie sa réflexion sur l'exemple du Samusocial de Paris qui « porte un réseau médico-social ». La référence au fonctionnement parisien suscite la réaction d'une cheffe de service qui prend la parole pour expliquer brièvement que l'urgence sociale s'est, à Paris, « construite sur un modèle médico-social » alors qu'à Lyon il s'agirait d'un modèle relevant de « l'action sociale ». Il existerait, entre les deux agglomérations, deux approches différentes dans l'accompagnement et la prise en charge des sans-abri. Cette intervention m'interpelle. Sur les notes que je prends *in situ*, à côté de ces propos, j'écris et souligne : « Enquête : Construction historique de l'urgence sociale. » Ces notes, en apparence abstraites, représentent le premier moment où je considère nécessaire de mener une enquête sur l'histoire de l'urgence sociale à Lyon. C'est lors de cette réunion que j'acte ce projet, intimement lié à la remarque de cette professionnelle. Ses propos font en fait écho à ceux formulés par d'autres professionnels, dans d'autres situations. À plusieurs reprises, au cours de ma première année de terrain, j'ai entendu des personnes opérer cette distinction entre le modèle lyonnais et le modèle parisien et, plus spécifiquement, entre les missions du Samu Social 69 et celles des équipes mobiles du Samusocial de Paris. En ce même mois d'octobre 2014, cinq professionnels – deux de l'Équipe Mobile du RSRH et trois du Samu Social 69 – signent un rapport interne de plus de 70 pages, intitulé *L'urgence sociale à Paris. Retour d'expérience sur nos observations et nos échanges de pratiques*, où ils rendent compte de leurs visites de différentes institutions et de leurs rencontres avec des confrères parisiens qu'ils ont côtoyés durant une semaine. Dans une partie « Réflexions », une section de cinq pages « Histoire/Idéologie/Pratique » retrace rapidement les histoires de l'urgence sociale à Paris et à Lyon en pointant deux logiques distinctes :

> « Au regard de ces histoires, les logiques semblent donc différentes. À Paris, il s'agit d'œuvrer pour protéger des personnes d'une possible mort dans l'espace public, en leur proposant une mise à l'abri et la prise en charge soignante qu'exige leur état de santé… Quitte à mettre fin à cette prise en charge lorsque la situation tant à s'améliorer. À Lyon, il s'agit de travailler à des sorties de rue à partir d'accompagnement sur un temps long. Il en résulte des formes de prises en charge, qui, sous des vocables similaires (urgence sociale, Samu social) recouvrent des réalités différentes, différences qui tendent à s'accroître au regard de divergences quant à l'application du principe de continuité de l'hébergement sur ces territoires.[64] »

Les quelques éléments historiques mentionnés dans ce rapport suscitent ma curiosité et mon intérêt. Plutôt que répéter sans questionner cette distinction entre les formes de l'urgence sociale à Lyon et à Paris, je souhaite m'engager dans un travail d'enquête visant à comprendre cette différence : comment s'est créé le Samu Social 69 ? Pourquoi s'est-il constitué avec des travailleurs sociaux et sans infirmier ou médecin ? Pourquoi et comment, en parallèle, se sont créées des équipes mobiles médico-sociales à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu et à l'Hôpital Saint Joseph Saint Luc ?

À la même période, lors d'une séance du séminaire *Aux frontières du sans-abrisme*[65], Jean Mantovani dessine, à partir des différentes enquêtes qu'il a menées depuis les années 1990, une socio-histoire de l'urgence sociale à Toulouse. La découverte des spécificités toulousaines, différentes de ce qui se passe à Lyon ou à Paris, renforce ma conviction quant à l'intérêt d'enquêter sur les particularités lyonnaises. Mon rapport au passé se modifie et je passe d'une « approche présentiste » à une « approche généalogique » (Barthe & *al.*, 2013). La première, d'inspiration ethnométhodologique, s'attache à décrire comment les acteurs mobilisent le passé, le discutent voire l'élaborent dans des situations présentes ; il s'agit d'enquêter sur le passé en train de se faire[66]. C'est l'approche que j'adopte lors de ma première année d'enquête en notant comment les acteurs que j'observe font référence au passé et à quel passé ils se réfèrent. La seconde consiste

> « à enquêter sur le passé d'une société, d'un groupe ou d'un dispositif organisationnel, afin de rendre compte du fait que les acteurs contemporains sont confrontés, dans leurs actions et leurs jugements, à des contraintes dont ils héritent, mais aussi qu'ils trouvent à leur disposition un certain type de ressources léguées par leurs prédécesseurs (voies d'action déjà frayées, justifications déjà formées, etc.) » (Barthe & *al.*, 2013, p.182).

[64] *L'urgence sociale à Paris. Retour d'expérience sur nos observations et nos échanges de pratiques*, octobre 2014, p.57-58.
[65] 12 décembre 2004, Paris.
[66] Sur cette approche, voir par exemple l'ouvrage de Yannick Barthe (2017).

Il s'agit de mener une enquête sur le passé, quand bien même les acteurs dans les situations observées n'y feraient pas référence. Ce détour par le passé me permet d'analyser comment certaines formes de cadrage et donc certaines pratiques de soin sont favorisées ou limitées, sans être déterminées, au regard de la genèse ou de l'évolution de certaines institutions dans lesquelles elles s'accomplissent. Mon enquête *dans* l'urgence sociale lyonnaise se transforme alors en une enquête *sur* l'urgence sociale lyonnaise qui vise à comprendre l'émergence et le développement de cette action publique sur ce territoire, travail qui n'a à ma connaissance jamais été entrepris[67]. Cette démarche suit l'invitation de Norbert Elias faite aux sociologues de ne pas se replier sur le présent (Chauvin & Weber, 2003). Et, comme l'écrit Joseph Gusfield dans le cadre d'un entretien mené par Daniel Cefaï et Danny Trom, « l'histoire est vitale pour la sociologie selon deux aspects. D'abord, l'histoire nous donne une appréhension de la manière dont le présent a éclos. Ensuite, plus important encore, l'histoire fournit une base de comparaison et nous rend conscients de la manière dont le temps et l'espace affectent le comportement et les événements » (Gusfield, entretien avec Cefaï & Trom, 2003, p.72). Dans le cadre d'une démarche ethnographique, il s'agit alors d'articuler observations *in situ* et enquête historique comme le propose, par exemple, Jack Katz (2010) pour l'ethnographie urbaine.

[67] On retrouve quelques éléments généalogiques dans le rapport précédemment cité : *L'urgence sociale à Paris. Retour d'expérience sur nos observations et nos échanges de pratiques*, octobre 2014. Côté recherche, à cette époque, seul le chapitre 1 du mémoire de master de sociologie d'Elisabeth Piegay (2008, p.15-32), à l'époque assistante sociale de l'Équipe Mobile du RSRH, est consacré à une socio-histoire de l'urgence sociale lyonnaise. Axelle Brodiez-Dolino (2013) retrace l'histoire de la lutte contre la pauvreté en France et plus spécifiquement à Lyon de la fin du XIX^{e} aux années 1980 et n'apporte donc pas d'éléments sur l'urgence sociale qui s'institutionnalise à partir des années 1990. Son histoire de l'association lyonnaise le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri contribue à une analyse de l'urgence sociale mais au seul prisme de cette association (Brodiez-Dolino, 2020). Mon enquête archivistique s'inscrit donc en complémentarité de ses travaux. Plus généralement, on peut noter que dans l'abondante littérature sur le « sans-abrisme » (Choppin & Gardella (dir.), 2013) quelques enquêtes se sont penchées sur ces histoires locales : Pascale Pichon (2000) sur le Samu social de Saint-Etienne, Claudia Girola (2007) sur Nanterre, Édouard Gardella (2014a) sur Nanterre et Paris, Vianney Schlegel (2019) sur Nanterre et Lille et Mauricio Aranda (2019) sur Paris. Sur ce point, je me permets de signaler le projet de publication en cours d'un dossier dans la revue *Le mouvement social* consacré à une socio-histoire localisée de l'assistance aux sans-abri qui réunit Mauricio Aranda, Marion Giovanangeli, Vianney Schlegel et moi-même.

b/ L'entrée sur le terrain archivistique

Mon enquête débute par une rencontre, en janvier 2015, avec Axelle Brodiez-Dolino, historienne et chargée de recherche au CNRS. À cette période, Axelle est membre d'un laboratoire lyonnais (le Laboratoire de Recherche Historique Rhône-Alpes) et mène une enquête sur le Foyer Notre-Dame des Sans-abri (FNDSA), la plus grande association d'aide aux sans-abri à Lyon – en termes de personnes accueillies et de nombre de structures – qui a été créée en 1950. Ce premier échange est riche et encourageant. Elle me confirme l'intérêt de mener une enquête historique sur l'urgence sociale à Lyon, chose qui n'a pas était faite et qu'elle ne fait pas frontalement dans son travail actuel même si elle s'y intéresse à travers le rôle joué par le FNDSA. Elle me propose aussi de me mettre en contact avec la bénévole qui se charge des archives de l'association, si je le souhaite, pour que je puisse y consulter leurs nombreuses archives. Sur le moment, je ne donne pas suite à cette proposition car je commence mon travail de terrain à la Villa d'Hestia et ne vois pas comment mener de front les deux enquêtes, qui plus est en parallèle des premiers cours que je donne à l'université. Néanmoins, à l'été 2015, je mène quatre entretiens avec des professionnelles qui ont été à l'origine ou ont connu les débuts de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH) et de la première Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) créée à Lyon, à l'Hôtel-Dieu. Ces entretiens ne me satisfont pas. S'il y a toujours des éléments intéressants et instructifs à tirer de ces échanges, mes questions ne me semblent pas pertinentes, j'ai le sentiment de passer à côté des enjeux et des pratiques que je cherche à comprendre, à l'exception de l'entretien réalisé avec une ancienne professionnelle de l'Équipe Mobile du RSRH. La différence réside dans ma connaissance des institutions. Je connais l'Équipe Mobile du RSRH, j'y ai observé les pratiques des professionnels durant plusieurs mois et j'ai lu tous les rapports d'activité depuis sa création. Ces éléments me permettent d'être plus précis dans mes questions et ainsi d'engager un entretien plus approfondi et plus détaillé. Ce que je n'arrive pas à faire dans les trois autres entretiens où je viens poser des questions très générales sur la PASS de l'Hôtel-Dieu que je ne connais pas[68] faute d'un « travail de documentation préalable » (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.48-59) – ce sont d'ailleurs ces entretiens qui vont me permettre de récupérer les rapports d'activité de la PASS que je vais lire et classer mais dont les données ne seront finalement pas mobilisées dans la thèse. Je

[68] L'Hôtel-Dieu, en tant qu'hôpital, ferme ses portes en 2010. Je n'ai donc jamais eu l'occasion de m'y rendre personnellement ou avec l'Équipe Mobile du RSRH, je n'ai aucune expérience dans cette PASS qui pourrait être partagée, qui pourrait me servir d'appui dans la formulation de mes questions.

décèle chez mes interlocutrices une forme de résistance[69], en particulier dans la brièveté des réponses qui me sont faites, qui témoigne de mon erreur et de ma mauvaise préparation pour ces entretiens. J'aurais probablement dû mieux suivre ce conseil d'Everett C. Hughes : « Qui dispose de quelques informations et interroge pour en savoir davantage risque moins d'essuyer un refus que celui qui n'a aucune information préalable ; la meilleure formule consiste peut-être à avoir une connaissance préalable, et à ne la laisser transparaître qu'à travers les questions que l'on pose » (Hughes, 1996, p.268). Néanmoins, ces premiers entretiens sont instructifs quant à ma démarche et ma manière d'enquêter sur le passé. Je choisi d'arrêter ces entretiens socio-historiques et d'en refaire éventuellement dans un second temps, en m'appuyant sur les archives que j'aurais consultées. Je décide donc de me re-saisir de la proposition d'Axelle Brodiez-Dolino de contacter la bénévole chargée des archives au FNDSA afin de prendre connaissance des documents conservés par l'institution et de travailler dessus.

Le lundi 28 décembre 2015 je rencontre Annie Papillon, l'une des deux bénévoles qui s'occupent de classer et d'organiser les différents documents du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. Le rendez-vous est fixé au Centre Gabriel Rosset, un bâtiment de plusieurs étages qui comprend un centre d'hébergement – le plus grand de Lyon, sur lequel je m'arrêterai dans le chapitre 3 –, les bureaux de la direction, des services administratifs de l'association et donc les archives. Je suis reçu dans une pièce où se côtoie deux bureaux partiellement vides. Ce sont des bureaux que se partagent quelques bénévoles. Annie Papillon est une bénévole de longue date. Quand, après plusieurs rencontres, je lui demande depuis quand elle est dans l'association elle me répond, un sourire en coin : « Longtemps. Je préfère ne pas vous dire, vous pourriez deviner mon âge ». Par nos échanges, je comprends qu'elle a connu Gabriel Rosset, qui a fondé l'association en 1950, et donc qu'elle était déjà membre du FNDSA avant 1974, année de son décès[70]. Comme pour toute ouverture de terrain, une discussion quant à mon projet et mes motivations s'engage. Le fait qu'Axelle Brodiez-Dolino lui ait déjà parlé de mon travail, une expérience passée de bénévole dans cette association[71], ma connaissance de l'urgence sociale tirée de mon travail de terrain à l'Équipe Mobile du RSRH et mon

[69] Sur la prise en compte des résistances des enquêtés et des fautes de l'enquêteur comme moteur de l'enquête ethnographique, voir l'article que consacre Catherine Rémy aux travaux de Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie (Rémy, 2014).

[70] Elle est en fait arrivée dans l'association en 1954, d'abord en tant que salariée à mi-temps, un poste qu'elle a occupé durant environ deux ans, avant d'y rester en tant que bénévole (Brodiez-Dolino, 2020).

[71] L'accueil de jour où j'ai mené mon enquête en Master 1 est l'accueil Saint Vincent, géré par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri et situé dans le 5ème arrondissement de Lyon.

« capital académique » (Aranda & Simonpoli, 2018) sont autant d'éléments qui légitiment ma demande et favorisent mon entrée sur ce terrain archivistique. Après une conversation d'une quinzaine de minutes, Annie Papillon me conduit au dernier étage de l'institution. Elle ouvre une première porte fermée à clé, presse un interrupteur, fait quelques pas, ouvre une seconde porte et nous voilà dans la salle des archives. Il s'agit d'une pièce étroite, bas de plafond, sous les toits et sans fenêtre, remplie d'étagères. Sur celles-ci des dizaines et dizaines de range-documents cartonnés, de couleur blanche. Je suis frappé par le nombre de cartons et admiratif du travail qu'il a fallu à deux bénévoles pour lire, classer et ranger tous ces documents. À chaque étagère correspond un type de document : ici tous les rapports d'activité de l'association, là-bas les rapports financiers. Il y a peu d'espace pour se déplacer. Annie se contorsionne pour atteindre une étagère et en récupérer un carton intitulé « Santé », qui « pourrait m'intéresser ». Elle le pose sur une petite table où je peux m'installer, me laisse les clés et m'indique comment allumer le chauffage électrique pour supporter le froid. Elle redescend dans son bureau, restant disponible si j'ai des questions. Me voilà seul face à tous ces cartons. Pour la première fois je me retrouve à enquêter sur des archives. Par où débuter ? Quels dossiers ouvrir ? Quels documents lire ? Et comment les lire ? Je commence par circuler dans la pièce, je lis toutes les catégories et mots-clés inscrits sur chaque carton, repérant ceux qui m'intéressent. Première satisfaction, je remarque qu'il existe des cartons intitulés « Mission Perrache » et « Veille Sociale », respectivement le nom du dispositif à l'origine du Samu Social 69 et le premier nom de ce dernier. J'avais pensé les trouver, le FNDSA ayant été partie prenante de ces deux dispositifs, mais les voir me rassure. Je les ouvre. Ils sont remplis de rapports d'activité, toutes les années semblent y être. Je referme le carton, le range à sa place et note qu'il me faudra y revenir. Je continue mon tour. Je m'arrête devant une imposante étagère remplie des rapports d'activité de l'association et me rappelle une remarque d'Axelle Brodiez-Dolino qui m'avait invité à commencer par lire les rapports d'activité qui constituent une bonne entrée pour saisir les préoccupations et les évolutions de l'institution. Je suis sa recommandation et décide de démarrer par là. Mais à quelle année débuter ? 1950, date de la création de l'institution, ou plus tard ? Initialement, j'avais le projet de commencer mes recherches aux années 1980, période d'émulation et d'élaboration de l'urgence sociale (Gardella, 2014a). Avant de me rendre pour la première fois aux archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, j'avais eu l'occasion de lire une première version du travail d'Axelle Brodiez-Dolino sur l'association. La question de l'accès aux soins y surgissait ponctuellement des années 1950 à 1980, avant de devenir plus importante à partir des années

1990. Je décide donc de partir de l'année 1950, année de création de l'association, et de lire tous les rapports d'activité en cherchant à repérer tous les éléments relatifs à la santé et aux soins. J'engage ainsi une revisite, à l'aune du soin, d'une partie des archives déjà travaillées par Axelle Brodiez-Dolino (2020).

c/ *Invention* et usages des archives

Je débute mes lectures des rapports d'activité de l'association le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, au sein de l'institution. Je me lance dans cette démarche sans consulter un manuel de méthodologie consacré aux archives. Ma manière de travailler ces documents est similaire à celle que je mets en œuvre avec les entretiens retranscrits et mes journaux de terrains où je note mes observations : je lis les documents, sur mon ordinateur je recopie chaque extrait qui me semble de près ou de loin rattaché à la question de l'accès aux soins, je « code » ces retranscriptions avec un commentaire et des mots clés qui me permettent d'opérer des comparaisons au fur et à mesure de mes lectures. Le « métier d'historien » et le « métier de sociologue » se répondent (Weber, 2009). J'essaye « d'appliquer à l'étude du passé la même épaisseur et le même niveau d'approche qu'à l'analyse du présent » (Fournier & *al.*, 2008, p.19). Je photographie également certains documents qui me paraissent importants pour potentiellement y revenir plus tard. Rapidement, je développe un « goût de l'archive » (Farge, 1997). Il faut dire que les premiers documents que je lis sont les rapports d'activité rédigés par Gabriel Rosset, le président et fondateur de l'association. Ancien professeur de français, il s'installe au sein de l'asile de nuit à partir de 1960 où il vit au quotidien avec les sans-abri accueillis. Ses écrits, particulièrement agréables à lire, permettent de s'immerger, avec lui, dans l'asile de nuit. Les rapports d'activité sont longs – plus de 50 pages parfois – et pullulent d'anecdotes et d'échanges qu'il a vécus. La vie dans l'institution se laisse ainsi approcher par ces fragments d'expériences, ces dates, ces prénoms et ces *petites histoires* qui n'ont de petites que le nom tant elles donnent à voir une multitude de « vies oubliées », pour reprendre le titre du bel ouvrage d'Arlette Farge (2019) redonnant vie à ses « déchets » et « reliquats » d'archives qu'elle n'avait jamais utilisés. C'est pourquoi dans les sections socio-historiques des chapitres 2 et 3, j'accorderai une large place à ces comptes rendus descriptifs qui témoignent d'expériences, pour donner à voir non pas comment ça se passait mais *comment une personne a raconté ce qui se passait*. Ce souci de rendre compte de la vie ordinaire passée renvoie peut-être à la « sensibilité ethnographique » appliquée à l'histoire qu'évoque Jack

Katz à propos de l'« ethnographie historique » qu'il préconise de mettre en œuvre (Katz, 2013). Ma lecture des rapports d'activité du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri a été le point de départ de cette enquête qui s'est progressivement élargie à d'autres documents. Progressivement, par mes lectures, j'en suis venu à « inventer » mes archives :

> « Inventer ses archives, c'est en effet savoir se départir des classements administratifs, chronologiques ou fonctionnels qui enserrent les archives produites comme telles, pour construire un corpus propre à une recherche, dont la constitution progressive repose sur la progression de la réflexion, et qui passe le plus souvent par la consultation de différents fonds d'archives dont le rapprochement ne fait sens qu'au prisme d'une problématique qui les relie » (Israël, 2012, p.177).

Présentons les deux fils problématiques et l'origine des documents consultés au cœur de ma démarche socio-historique. Le premier fil a commencé à être évoqué. La création du Samu Social lyonnais, sur un modèle non médicalisé, a été, comme nous l'avons vu, le point de départ de mon approche généalogique. Au cours de mes lectures, j'ai élargi mon enquête pour comprendre comment, entre 1994 et 2001, trois équipe mobiles – la Mission Perrache qui deviendra la Veille Sociale puis le Samu Social 69 ; Interface SDF, une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) rattachée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu ; et l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital – se sont constituées et avec quelles conséquences dans l'accès aux soins des sans-abri. Pour cela, j'ai consulté tous les rapports d'activité de la Mission Perrache, de la Veille Sociale[72], d'Interface SDF et de l'Équipe Mobile du RSRH. À l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, j'ai également pu prendre connaissance du projet d'origine d'Interface SDF. J'ai mené un entretien avec le Dr. Jean-Pierre Vignat, médecin psychiatre qui a créé ce dispositif, et une professionnelle présente au début de l'Équipe Mobile du RSRH. Contrairement à ce que j'avais envisagé, j'ai réalisé peu d'entretiens après avoir consulté les archives. J'ai essayé de rencontrer une personne qui était en poste à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et qui a suivi la création des trois équipes mobiles et impulsé, d'après les retours que j'ai eus lors d'entretiens, la création du Réseau Social Rue Hôpital. Malheureusement, malgré plusieurs sollicitations, je n'ai pas eu de retour. Néanmoins, les documents consultés et analysés sont nombreux et suffisamment riches en informations pour réaliser une histoire officielle de ces équipes mobiles. Il me semble que l'« histoire officielle » passe par la consultation d'écrits qui avaient vocation à être partagés (avec plus ou moins de personnes), tels que des rapports d'activité ou des

[72] Me focalisant sur la naissance et l'émergence de ces équipes, je ne me suis pas intéressé au Samu Social 69 qui est le prolongement de la Veille Sociale sous une autre appellation.

comptes rendus de réunion. L'« histoire officieuse » pourrait être réalisée à partir d'entretiens ou de journaux personnels qui apportent d'autres éléments qui n'ont pas été rendus public dans les écrits[73]. Loin de s'opposer, je pense que ces deux histoires se complètent, comme le montrent par exemple l'histoire officielle (Gardella, 2014a) et l'histoire officieuse (Schlegel, 2019) de la création par Patrick Henry de la Consultation de dépistage et de soins des personnes sans abri à la Maison de Nanterre. L'histoire officielle de ces trois équipes mobiles se rapproche d'une perspective qui envisage « l'histoire comme contexte » (Horowitz & Haney, 2008). Le travail socio-historique permet de comprendre le paysage institutionnel contemporain et de recontextualiser une partie de l'enquête ethnographique dans des institutions qui ont une histoire qui favorisent ou limitent certaines pratiques.

Le second fil problématique concerne l'évolution de la place du « soin » et de la « santé » dans les institutions d'hébergement pour personnes sans abri à Lyon. Cette problématique s'élabore à partir des rapports d'activité, des comptes rendus de réunions, des courriers ou encore des notes de projet du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. Le Centre Gabriel Rosset, ancien asile de nuit et premier établissement créé par l'association, devient un cas où, sur plus de 50 ans, je peux suivre l'évolution de la place des questions relatives à « l'accès aux soins » des personnes sans abri. Cette problématique s'enrichit dans un second temps de mails, comptes rendus de réunion – récupérés via une personne impliquée dans le mouvement – d'un collectif de professionnels de l'urgence sociale qui s'est mobilisé à l'hiver 2009-2010 et a contribué à la mise en application du principe de continuité dans l'hébergement ; tournant majeur dans le fonctionnement de ces institutions aux conséquences importantes sur l'accès aux soins dans ce type de structure, comme on le verra dans le chapitre 3. J'ai été sensible, au cours de mes lectures, à ne pas limiter la question du soin aux professionnels médicaux et soignants mais, plutôt, à repérer comment une multiplicité d'expérimentations menées auprès des sans-abri sont présentées et décrites à l'aune du soin, que ce terme soit explicitement évoqué ou qu'il transparaisse sous une sémantique différente. J'ai ainsi accordé la même importance aux activités bénévoles et professionnelles, sans présupposer que certaines relèveraient *plus* ou *mieux* de l'accès aux soins que d'autres. Il s'agissait plutôt de comprendre comment une diversité de pratiques cohabitent voire se succèdent au cours du temps. Il s'agit ici autant d'une approche qui envisage l'histoire comme contexte qu'une approche qui fait de l'histoire un « support de comparaison » (Horowitz & Haney, 2008). En

[73] Du fait de mon entretien avec le Dr. Vignat, mon histoire d'Interface SDF comportera des éléments « officieux » sur les conditions d'émergence de ce dispositif.

effet, le travail sur les archives permet de voir comment la question de l'accès aux soins a été formulée et traitée dans des institutions d'hébergement, à plusieurs moments de l'histoire.

***

Cette première section a permis une présentation de l'enquête sur laquelle se fonde ma problématique et mon analyse. Elle a permis de décrire les deux principaux terrains d'enquête à savoir l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et la Villa d'Hestia ; les deux « groupes » que j'ai suivis à savoir les professionnels de l'accès aux soins et les personnes sans abri ; la manière dont j'ai mené mes observations et mes entretiens ; et comment j'en suis venu et comment je m'y suis pris pour enquêter sur des archives institutionnelles. La seconde section de ce chapitre se focalise sur l'enquête conduite à la Villa d'Hestia qui relève d'une « ethnographie coopérative ».

Section 2 : Une ethnographie coopérative

En menant l'enquête dans les institutions de l'urgence sociale, « ce qui nous frappe, c'est toujours une série de troubles, et l'impression que l'accompagnement se loge là, dans le lieu de vie : troubles des positions, des places assignées… » (Eliçabe & *al.*, 2016, p.119). Les troubles sont omniprésents dans la relation de soin, comme nous le verrons au fil de cette thèse. L'ethnographe, en franchissant les portes de l'institution, est également pris dans ces situations de trouble que vivent les professionnels. C'est même, me semble-t-il, une condition pour y mener l'enquête : il faut accepter d'être embarqué par les acteurs pour accéder à ces terrains et à ce qu'il s'y passe. L'enquêteur ne peut pas refuser d'apporter ce « regard extérieur[74] » que lui demandent les professionnels. Dès lors, la question qui se pose est celle d'un « engagement ethnographique » (Cefaï & *al.*, (dir.), 2010) qui se soucie de mener l'enquête avec rigueur et qui pense comment ses analyses peuvent être remobilisées par les enquêtés dans leurs réponses aux troubles qu'ils rencontrent. Telle est ma position et la posture d'enquêteur que j'ai adoptée à la Villa d'Hestia. Pour le dire autrement, ce terrain d'enquête a aussi constitué un terrain d'action au sein duquel j'ai été à la fois un enquêteur et

[74] En préparant, en 2016, une intervention d'une demi-journée auprès d'étudiants de master de sociologie que nous assurons ensemble, la cadre de santé de la Villa d'Hestia me dit : « Tu apportes un autre regard, hors champ purement médical ou social, qui peut aider à comprendre certains blocages, certaines choses. Tu ne fais pas partie de la prise en charge, tu as un rôle tiers on pourrait dire, qui est intéressant pour nous ».

un acteur. « La posture de la double-casquette, tout à la fois “acteur” et “chercheur”, sous-entend nécessairement une “implication” et donc une distance faible, voire absente à son objet de recherche. Cette posture nécessite des allers-retours constants entre action et recherche et implique une réflexivité permanente pour construire les conditions d’une objectivation nécessaire à l’analyse » (Bessin & *al*., 2015, p.306). C’est ce retour réflexif sur ma posture que je souhaite présenter dans cette section. Je reviendrai successivement sur deux enquêtes conduites à la Villa d’Hestia, l’une consacrée à la prise en charge de l’alcool (a), l’autre engageant une coopération photographique avec des sans-abri (b). Ces deux enquêtes seront pensées dans le cadre d’une « ethnographie coopérative » inscrite dans la tradition sociologique de Chicago (c).

1/ Une enquête sur la prise en charge de l’alcool

En lisant le plan détaillé de cette thèse, le lecteur remarquera la place importante de l’alcool dans la deuxième partie, celle qui se focalise sur les relations de soins à la Villa d’Hestia. Lors de mon enquête de terrain dans cette institution, l’alcool représente un sujet omniprésent et abondamment discuté par les professionnels. C’est dans ce contexte que la cadre de santé, en discussion avec son équipe, me propose après déjà plusieurs semaines de présence sur le terrain de réfléchir avec eux à cette problématique (a). Je réponds favorablement à cette demande et, tout en continuant mon travail de terrain à la Villa d’Hestia, je mène plusieurs entretiens ciblées sur cette question avec les professionnels ; ce travail est mené en coopération avec Élodie Jouve, une ethnologue (b). Ensemble, nous analysons les matériaux et proposons différentes formes de restitution dont une journée de travail avec l’ensemble des professionnels de la structure (c).

a/ Répondre favorablement à une demande

Lors de mon service civique au sein de l’Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, j’ai mené une enquête auprès de leurs partenaires ; je leur avais soumis cette idée qu’ils avaient acceptée. Pour mon travail de terrain à la Villa d’Hestia, j’ai voulu inverser l’origine de la demande. Plutôt que de proposer une thématique, il me paraissait plus intéressant de prendre le temps de faire émerger une éventuelle demande chez les enquêtés. C’est pourquoi, lorsque je contacte la cadre de santé de la Villa d’Hestia pour connaître la faisabilité de venir mener

un travail de terrain dans l'institution, je lui propose l'idée de « travailler ensemble ». Par cette formule, j'indique ma volonté et ma disponibilité pour enquêter sur un objet qu'il s'agirait de co-définir ensemble. Comme je l'ai précédemment indiqué, cette proposition est formulée sur trois scènes : d'abord à la cadre de santé quand je prends un premier contact ; ensuite aux professionnels présents lors d'une réunion d'équipe où je viens me présenter et expliquer ma démarche ; et, enfin, quelques jours après le début effectif de mon travail de terrain, aux personnes sans abri présentes lors d'un repas de midi. Dans les trois cas, j'emploie cette formule générale et ambigüe de « travailler ensemble ». Je parle parfois d'« étude » mais j'évite le terme d'« enquête » dont la connotation policière peut inquiéter certaines personnes (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.96-97). Cette proposition est ensuite réitérée dans des interactions de face à face avec des professionnels et des personnes sans abri qui me questionnent sur mon travail. Cette manière de me présenter et de présenter mon enquête vise à instaurer les conditions de possibilité d'une coopération. Celle-ci se met en place progressivement, elle s'élabore dans les rencontres qui se jouent sur le terrain et qui la font advenir.

Ces présentations, régulièrement réitérées, sont menées dans le cadre d'une enquête ethnographique qui se donne le temps de découvrir ce qui se joue sur le terrain, qui valorise le fait de se laisser embarquer et qui ne vient pas chercher des illustrations à des concepts ou à des analyses élaborés *a priori*. L'enquête repose sur une condition de « longue durée » (*Ibid.* p.277-278) qui se double d'un souci de ne pas définir et circonscrire trop rapidement l'objet de l'éventuelle coopération avec les enquêtés. Ainsi, tout en indiquant cette possibilité de « travailler ensemble », je veille à ne pas donner d'exemple[75] qui risquerait d'orienter et de brider l'imagination des personnes. J'adopte les recommandations de Stéphane Beaud et Florence Weber sur ce point : « Vous avez aussi le droit, puisque c'est la vérité, d'insister sur le fait que vous êtes au début de l'enquête, que vous tâtonnez, que vous êtes simplement en train de commencer votre travail. Vous vous mettez alors en position de débutant qui a beaucoup à apprendre, notamment de leur part, à leurs côtés, etc. » (*Ibid.*, p.100). Cette manière de maintenir le flou sur l'objet du « travail ensemble » est aussi rendue possible par l'absence de relation contractuelle et financière avec l'institution. En effet, comme je l'ai précédemment expliqué, lorsque je mène mon enquête à la Villa d'Hestia je bénéficie d'un contrat doctoral. Ma recherche n'est donc pas financée par cette institution. C'est un point

[75] Il existe une exception. Lors de ma présentation à la réunion d'équipe des professionnels et lors d'une discussion avec plusieurs sans abri, j'évoque l'idée d'une enquête photographique. J'y reviendrai dans la suite de cette section.

important qui me permet de poser certaines conditions, notamment en termes de durée d'enquête, et qui me laisse plus de latitude dans la négociation pour entrer sur le terrain. Dès mes premiers contact avec la cadre de santé, je présente ma méthode et insiste sur l'importance du temps long. J'évoque le projet de venir plusieurs fois par semaine sur une année et ajoute, lorsque je propose l'idée de « travailler ensemble », qu'il faudra prendre un temps de familiarisation avec l'institution – sans préciser de durée – avant de s'accorder sur un objet d'enquête. Toutes ces conditions ont été acceptées sans réticence. Ma démarche se distingue ainsi des recherches-actions qui débutent par une commande adressée au sociologue, même si celle-ci est retravaillée par le chercheur afin de faire émerger les demandes qui lui sont sous-jacentes (Herreros, 2009 [2002], p.100-101).

Pour les professionnels de la Villa d'Hestia ma présence dans l'institution constitue une opportunité pour investiguer, d'une autre manière, des situations qu'ils considèrent comme problématiques et sur lesquelles ils mènent déjà l'enquête pour trouver des solutions. Ma proposition de « travailler ensemble » est donc entendue comme une possibilité d'apporter un éclairage ethnographique sur un problème qui les affecte et les (pré)occupe au quotidien. C'est ainsi qu'en juin 2015, la cadre de santé m'interpelle pour me faire part d'une idée : après en avoir échangé avec les professionnels, elle souhaite engager une réflexion collective, au sein de la Villa d'Hestia, sur l'alcool. Ayant en tête ma proposition de « travailler ensemble », elle voudrait savoir si je peux m'y associer et sous quelle forme. Cette situation émerge dans un contexte particulier, comme en témoigne *a posteriori* la cadre de santé dans un article revenant, de son point de vue, sur notre coopération :

> « Les professionnels peuvent être mis à rude épreuve pour faire respecter des règles, gérer des troubles du comportement, gérer des interdits. À savoir qu'à la Villa d'Hestia, la consommation d'alcool, de drogue est "interdite". Depuis l'ouverture de la structure les professionnels en place ont su faire preuve d'adaptabilité dans la prise en charge de ce public en introduisant l'alcool dans l'accompagnement de certaines situations de fin de vie par exemple, ou lorsque les personnes n'étaient plus en capacité de se fournir elles-mêmes l'objet de leur addiction avec un fort risque de rupture de soins. Cependant, le manque de professionnels formés en addictologie, le turnover des professionnels, les avis divergeant sur l'adaptabilité du règlement génèrent des blocages, des tensions. En juin 2015, plusieurs situations ont fait émerger des problématiques au sein de l'équipe liées à la notion de l'interdit précisée dans le règlement intérieur, et à la notion de temporalité. Cette notion d'interdit venait à poser question et coexistaient des positionnements différents en fonction des professionnels ; ceux qui étaient plutôt favorables à l'assouplissement du cadre réglementaire et ceux qui s'accrochaient au sens de l'interdit comme élément structurant. Quant à la notion de temporalité dans la prise en charge, venait se poser

la question du relais des soins initiés à l'intérieur de la Villa d'Hestia et le besoin de développer le partenariat dans le champ de l'addictologie » (Baligand, 2016, p.205).

La cadre de santé et les professionnels s'interrogent sur leur manière de gérer les consommations d'alcool. Deux expériences, l'une qui s'est achevée en mars 2015 et l'autre qui débute en juin 2015, soulèvent de nombreuses questions au sein de l'équipe. Dans la première, les professionnels ont autorisé une femme ayant une addiction à l'alcool et qui ne pouvait pas sortir à cause de ses deux jambes cassées à venir boire du vin en salle de soins avec un infirmier ; dans la seconde, les professionnels autorisent un homme diagnostiqué en fin de vie à boire dans sa chambre quand il le souhaite[76]. Au regard de ces expérimentations, de nombreuses questions se posent : faut-il réécrire le règlement ? Faut-il supprimer l'« interdiction » de boire de l'alcool dans l'institution ? Comment appliquer et contourner le règlement au même moment ? Comment interdire l'alcool à certaines personnes et l'autoriser pour d'autres ? Telles sont les questions auxquelles les professionnels doivent faire face, inventant et expérimentant des réponses temporaires et réversibles, comme je l'analyserai dans le chapitre 5. Pour eux, « l'alcool » est une « épreuve » (Lemieux, 2018, p.38-42) et, plus spécifiquement, une « épreuve de professionnalité » (Ravon & Vidal-Naquet, 2016).

Dès qu'elle me la formule, j'accepte l'idée de la cadre de santé. En deux mois sur le terrain, j'ai constaté que « l'alcool » était omniprésent et largement discuté du côté des professionnels mais aussi du côté des personnes sans abri accueillies à la Villa d'Hestia. Elles en parlent longuement, certaines se plaignent des consommations et de « l'ivresse bruyante » (Farge & Laé, 2000, p.113) et d'autres critiquent l'impossibilité de ne pas pouvoir boire « un petit verre » durant les repas ; certaines profitent des autorisations de sortir entre 13h et 19h pour aller boire en dehors de l'institution et d'autres boivent en cachette entre les murs de l'établissement. Ces constats émergent de ma démarche d'enquête : en arrivant à la Villa d'Hestia, je n'avais pas d'intérêt particulier pour cette question de l'alcool mais, dans une perspective inductive, c'est parce qu'elle occupe une place centrale sur le terrain qu'elle devient un objet d'investigation et d'attention pour l'ethnographe. La sollicitation de la cadre de santé représente d'ailleurs un élément supplémentaire de l'importance qu'elle revêt dans cette institution. L'alcool constitue ainsi un problème partagé mais différemment formulé par de multiples personnes, à la fois du côté des professionnels et des sans-abri. Comme l'écrit Daniel Cefaï dans sa réflexion sur un « pragmatisme ethnographique », la coopération « requiert qu'il y ait quelque chose comme un bien commun qui fasse tenir les deux parties »

[76] J'analyserai en détails ces deux situations dans la section 2 du chapitre 5.

(Cefaï, 2010a, p. 467). Et l'alcool ou, plus concrètement, le projet de « travailler ensemble sur la question de l'alcool » est ce commun qui nous unit, professionnels de la Villa d'Hestia, sans-abri qui y sont accueillis et moi-même.

b/ Continuer l'enquête et mener des entretiens ciblés

Une fois actée cette thématique de l'alcool, j'informe les patients de la Villa d'Hestia de ce projet – les professionnels étant déjà au courant. Je continue de mener l'enquête comme je l'avais fait jusqu'à présent : je passe du temps à discuter avec eux dans les espaces partagés de l'institution. Je suis plus sensible à la question de l'alcool sans pour autant m'enfermer sur celle-ci. Au cours de discussions informelles, aussi bien avec des patients qui boivent qu'avec d'autres qui ne boivent pas, je recueille de nombreuses informations. Certains buveurs se saisissent de mon intérêt pour cette question : ils m'invitent à les suivre en dehors de l'institution lorsqu'ils vont consommer de l'alcool. J'en accompagne certains dans un supermarché ou dans une petite épicerie où ils vont acheter leurs bouteilles de vin ou leurs canettes de bière, je vais m'installer avec eux dans un bistrot du quartier ou sur un banc public où ils ont leur habitude à proximité de l'établissement, je reste avec eux et participe à leurs échanges. Je bois parfois une bière avec eux mais il n'y a aucune obligation à consommer de l'alcool. Ces moments ressemblent beaucoup aux discussions informelles qui rythment les matinées dans le coin fumeur et le hall de l'institution, l'alcool en plus. Ils sont souvent agréables, parfois graves et perturbants comme je le montrerai dans le chapitre 4. Mes observations s'ouvrent ainsi sur le quartier, sur ce qui s'y passe et qui ne peut se réduire à la consommation d'alcool. La thématique de l'alcool élargit ainsi l'enquête à de nouveaux espaces. Certains professionnels gardent aussi en tête mon intérêt pour cette question et m'invitent à participer à certaines situations où ils savent qu'elle va être abordée. C'est par exemple le cas du médecin qui, le 7 juillet, me propose de l'accompagner dans son bureau alors qu'il s'apprête à recevoir Monsieur Dutret un patient qui vient de quitter la Villa d'Hestia et qui aimerait s'engager dans des soins en addictologie en revenant dans l'institution[77].

En parallèle de ces observations et de ces discussions informelles, j'engage des entretiens semi-directifs (n=16). Ceux-ci sont réalisés exclusivement avec les professionnels de la Villa d'Hestia. J'en réalise deux au mois de juillet et les autres au mois de septembre. Tous les

[77] Une situation qui sera analysée dans la section 2 du chapitre 4.

corps de métiers de l'institution sont représentés (agent de service hospitalier, aide-soignant, assistante sociale, cadre de santé, éducateur, infirmier, médecin, secrétaire) et les professionnels les plus souvent présents sur la structure sont interrogés – à l'exception de deux veilleurs de nuit qui n'ont pas pu être rencontrés faute de temps. Lors de ces entretiens, j'interroge les professionnels autour de trois points. Le premier consiste à reprendre des situations en cours et sur lesquelles j'ai des éléments d'observation. Je leur demande alors de me décrire et d'expliciter leurs pratiques auprès de ces patients et, dans le même temps, ils expriment des avis, des difficultés, des félicités et des doutes. Un deuxième point porte sur des expérimentations passées qui ont été menées dans l'établissement autour de cette question. Enfin, un troisième point, vise à récolter les idées qu'ils peuvent avoir pour opérer des changements quant à ce sujet. Mon respect de l'anonymat et le fait de rencontrer les acteurs de manière individuelle a contribué à faire émerger une parole « plus libre », pas forcément exprimable et exprimée dans le collectif en raison des relations de pouvoir ou d'une timidité en public. J'ai ainsi pu saisir une diversité de pratiques, récolter un faisceau de points de vue et recueillir une série d'idées ou de projets liés à cette thématique. Ces entretiens ont été particulièrement important pour saisir les évolutions dans la manière d'appréhender cette question de l'alcool. J'ai pu accéder à des éléments passés – pour certains non mentionnés dans les rapports d'activité – qui n'existent que par la parole des professionnels. Ainsi, j'ai par exemple appris que fut un temps de l'alcool était servi lors des repas. Certains professionnels ont connu cette période et ont pu me faire un retour critique de leur expérience. La dimension socio-historique des entretiens m'a ainsi permis d'« explorer les effets que peut avoir la critique sur la refonte des collectifs, la transformation des dispositifs socio-techniques et la réforme des institutions » (Barthe & *al.*, 2013, p.186). Dans le même ordre d'idée, j'ai pu déceler des initiatives singulières comme celle d'une professionnelle qui raconte avoir organisé une pièce de théâtre avec des patients. Afin que l'un d'entre eux, complètement renfermé s'il n'a pas bu d'alcool, puisse y participer, elle accepte de délocaliser l'atelier théâtre dans l'espace public[78]. Recueillir ces expérimentations – plus ou moins (re)connues dans l'établissement – et les réflexions qui les accompagnent permet de leur redonner de la visibilité avant de les remettre en partage.

Les entretiens sont aussi pour moi l'occasion de repréciser la démarche, ses finalités et les enjeux de la journée de travail prévue le 22 octobre 2015. L'entretien constitue alors un échange réciproque où je suis aussi interrogé pour lever des malentendus et apporter des

[78] J'analyserai cette pratique dans le chapitre 5.

précisions. C'est l'occasion de présenter plus concrètement cette journée, en annonçant que les expérimentations, les idées et les propositions recueillies seront un point de départ pour engager une réflexion collective. La forme de l'entretien permet de signifier aux acteurs qu'ils sont partie prenante de l'enquête et ainsi de faciliter l'appropriation des résultats qui en seront issus.

Avant de réaliser ces entretiens, je sollicite, à l'été 2015, Élodie Jouve. Ethnologue, membre du réseau de recherche *Aux frontières du sans-abrisme,* elle a été recrutée comme chargée de mission à la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion[79], à Lyon, quelques mois plus tôt. Elle a conduit des enquêtes de terrain dans d'autres agglomérations françaises que Lyon et sur des Lits Halte Soins Santé qui étaient configurés différemment que la Villa d'Hestia. Je lui présente donc le projet et lui propose de coopérer avec moi car il me paraît intéressant et même nécessaire de bénéficier d'un regard extérieur pour prendre du recul sur ce qu'il se passe dans l'institution. Elle accepte. Elle vient quelques fois dans l'établissement où elle rencontre et échange avec des professionnels et des patients. Elle réalise également deux entretiens : un avec la cadre de santé et un autre avec une secrétaire. De mon côté, j'informe chacun de mes interlocuteurs que je travaille cette question de l'alcool avec une autre chercheuse que je présente. Et c'est ensemble que nous menons l'analyse des entretiens, en nous appuyant sur les enquêtes qu'elle a menées et sur celle que je conduis actuellement. Durant cette analyse, « il n'y a pas de renoncement aux critères de la validité scientifique, maîtrisés par des chercheurs professionnels, et l'asymétrie demeure entre des savoirs attestés par des procédures scientifiques et des savoirs ordinaires. Mais il y a aussi une acceptation du fait que les enquêtés ont des perspectives qui doivent être prises en considération par les enquêteurs, dans le cours même de l'enquête » (Cefaï, 2010a, p.470).

c/ Restituer les analyses sous de multiple formats

La forme de recherche-action dans laquelle je me suis embarqué soulève la question de la restitution des analyses auprès des professionnels qui m'ont formulé une demande. La restitution prend la forme d'une traduction des analyses : il faut tordre les formats académiques pour les rendre saisissables par des non-initiés. Trois formats seront ici distingués : des restitutions micro et multisituée durant l'enquête ; un rapport écrit ; et une

[79] Là-même où j'avais fait mon stage de master 2 et où j'ai commencé à élaborer mon projet de recherche doctorale.

journée de travail.

Les premières commencent dès le début de l'enquête. Il s'agit de formes de restitution individualisées qui demandent au chercheur autant de délicatesse que de ruse. Il s'agit d'informer les acteurs du déroulement de l'enquête et de partager de premières hypothèses, de premières réflexions issues de l'enquête. Si l'objectif est bien de maintenir chaque acteur du terrain dans le processus de recherche, de le mettre dans la confidence des coulisses de l'enquête, de lui signifier qu'il fait partie de ceux qui savent ce qu'il se trame, chacun ne peut obtenir le même degré d'information pas plus qu'il ne peut obtenir les mêmes informations qu'un autre acteur. Plus exactement, il est nécessaire d'avoir une vision assez claire des personnes entre lesquelles circulent les informations pour déterminer quels acteurs procèdent à des échanges réguliers au cours desquels l'avancée de la recherche peut être évoquée sur un ton plus personnel. Car l'avancée de la recherche est régulièrement évoquée en réunion d'équipe mais de manière formelle. Ce n'est pas ce type d'informations que je fais filtrer quand je parle en face à face des coulisses de la recherche avec un membre de l'équipe ou un patient. Je délivre des informations ciblées qui sont susceptibles de faire écho à l'échange que j'ai avec cette personne soit parce qu'elles le poussent à encore plus de réflexivité, soit parce qu'elles corroborent ou s'opposent à ce qu'elle m'a expliqué. Ce même mécanisme est à l'œuvre quand je fais état de l'avancée de la recherche auprès de petits groupes de professionnels. Pendant les pauses café, cigarette, sur le chemin conduisant à l'établissement se déploient des micro-scènes de mise en accessibilité qui sont, simultanément, des scènes d'investigation qui offrent de nouveaux matériaux. Comme l'écrit Gilles Herreros, à propos de la sociologie d'intervention, « en permanence, ses productions doivent être mises en circulation. Oralement, via des documents intermédiaires ou par le biais de tout autre dispositif d'échange, l'intervenant se saisit de toutes les occasions possibles, les provoque, afin de confronter son point de vue à celui des interlocuteurs de la situation étudiée » (Herreros, 2009 [2002], p.112).

En sus des restitutions micro et multi-situées, dans le cadre de ce travail nous avons fait le choix avec Élodie Jouve de proposer une synthèse de l'analyse sous format papier. C'est un texte d'une dizaine de pages qui laisse une large part aux extraits d'entretiens et aux observations. Ce format de restitution fournit une restitution standardisée. Si les micro-scènes de restitution introduisent chaque personne dans les coulisses de l'enquête, le degré d'information n'est pas toujours le même que cela soit volontaire ou relève de raisons pratiques (certaines personnes sont plus accessibles et traversent plus continûment les scènes

que j'explore). Le document de synthèse permet à chacun d'accéder à un socle commun. L'utilisation des extraits d'entretiens, en sus de faciliter la lecture du texte, met en valeur les apports de chacun, quand bien même ils sont anonymisés. Nombre d'entre eux se retrouvent, ou pensent se retrouver, à la lecture de certains extraits d'entretiens. Enfin, cela semble anecdotique mais le support en lui-même produit un effet ; le format papier confère un caractère « officiel » à l'analyse, atteste d'une prise en compte de ce qui a été dit et vu quand bien même les personnes rechignent parfois à lire des documents volumineux. Nous nous sommes limités à une dizaine de page et l'avons transmis aux professionnels à la suite de la journée du 22 octobre pour que chacun y revienne au besoin pour poursuivre la réflexion. Il est resté disponible et a circulé dans l'institution puisqu'en 2017, lors d'un après-midi où je retourne à la Villa d'Hestia pour saluer des membres de l'équipe, je rencontre le nouveau directeur de l'institution qui m'informe l'avoir lu et y avoir trouvé des éléments intéressants. Le document sert aussi de support à la présentation publique que nous ferons, avec Élodie Jouve, lors d'une journée de travail le 22 octobre 2015.

Avant d'aborder cette journée de restitution en elle-même, il me faut revenir sur un point important. La participation de tous les enquêtés lors de cette journée n'est pas atteinte. En effet, les personnes sans abri qui ont participé à l'enquête, en se prêtant aux entretiens ou en acceptant ma présence au quotidien, ne sont pas présentes et n'ont pas eu accès au document écrit. Cela me semble indiquer combien, dans ce type d'institution, la coopération avec les personnes sans abri qui y sont hébergées est délimitée (plus que limitée) par un ensemble de contraintes institutionnelles. Aux Lits Halte Soins Santé, comme dans d'autres structures, les personnes sans abri ont vocation à transiter ; soit elles poursuivent des soins ailleurs, soit elles sont orientées dans un hébergement, soit leur séjour prend fin et elles quittent l'établissement pour, bien souvent, vivre à nouveau en situation de rue. Certaines décèdent aussi. Cette multitude de devenirs n'est pas exhaustive mais présente l'ensemble de ce qui est arrivé aux personnes sans abri qui ont participé à l'enquête. Ainsi, à la fin du mois d'octobre, les personnes avec lesquelles j'ai passé le plus de temps depuis le mois de mars ne sont plus présentes à la Villa d'Hestia. Lorsque nous avons abordé, avec la cadre de santé, l'idée d'une journée de travail sur l'alcool, je me suis focalisé sur le fait qu'il était essentiel que tous les professionnels titulaires et même ceux qui ne participent habituellement pas aux réunions d'équipe hebdomadaires (comme les secrétaires ou les agents de service hospitalier) soient présents. Ce qui a été pris en compte. Cependant, cette mise en avant de la participation de l'ensemble des professionnels a éclipsé celle des patients.

Cette journée de travail est donc le troisième format de restitution, après les retours informels et le document écrit. Elle réunit l'ensemble des professionnels de la Villa d'Hestia, un infirmier extérieur aux Lits Halte Soins Santé et spécialisé en addictologie – invité à la demande de certains professionnels – Élodie Jouve et moi-même. Organiser ce type de journée demande de mettre l'institution au ralenti à partir du moment où l'on souhaite que tous les personnels y participent. Il est même nécessaire de dépêcher des remplaçants, de repousser des activités. Ce temps est donc loin d'être anodin et, s'il est pleinement conduit, rappelle l'importance de chaque membre de l'équipe, qui doit nécessairement y participer. Cette journée est ouverte par l'infirmier extérieur qui propose une introduction sur ce qu'est l'addiction, en revenant sur les processus physiques et psychiques qu'elle induit et ce que cela suppose en termes d'interaction. Dans un deuxième temps, nous avons présenté notre synthèse qui a fait l'objet d'une discussion collective en plénière. Elle a ensuite été reprise l'après-midi au cours d'ateliers de travail. Lors de ces ateliers, avec l'infirmier extérieur et Élodie Jouve, nous restons volontairement en retrait de ces groupes. Nous circulons entre eux sans prendre pleinement part aux échanges. L'idée est de favoriser une appropriation de l'enquête par les professionnels de l'établissement en s'effaçant progressivement. Ces ateliers constituent alors une forme de passage de relais. Ce format suppose donc une autre implication des professionnel. Le filtre proposé par l'anonymisation se dissipe. C'est en son nom que chacun doit prendre part aux débats qui vont apparaître dans chaque groupe. Quatre groupes de cinq à six personnes sont constitués. Pour créer l'émulation, nous transmettons un document récapitulant l'ensemble des idées que j'ai repérées lors de l'enquête. Il s'agit d'acter publiquement que dans l'institution et au sein des équipes des embryons de propositions existent déjà même s'ils ne sont pour l'instant évoqués que dans l'échange avec le chercheur. En les mettant en partage, l'enquête « espère être aussi un opérateur d'*empowerment* : au lieu d'insister exclusivement sur des processus de reproduction, de blocage ou d'échec, elle permet aussi de découvrir dans la situation actuelle des potentialités d'action » (Cefaï, 2016c, p.101). Ces propositions ne sont rattachées à aucun professionnel sur le document, laissant la possibilité à chacun de les investir ou non au cours des ateliers, de les reprendre ou de les rejeter, de les enrichir et de les transformer. Ce travail de répertoire des propositions silencieuses permet d'acter la prise en compte de ce que disent les acteurs sur le terrain. Cependant, dans cette appropriation de l'analyse sous forme d'ateliers, la composition des groupes qui ont à travailler ensemble ne doit pas être laissée au hasard ; en l'occurrence nous avons laissé les groupes se former librement, parti-pris méthodologique qui se révèle

décevant. Le passage de relais évoqué plus haut est ici prématuré, il faut encore veiller à l'équilibre des groupes pour que chacun puisse prendre sa place dans les échanges. Le temps de reprise en commun, en fin de journée, afin que les groupes échangent autour de leurs propositions se fait l'écho de cet impensé. Si certains foisonnent d'idées, d'inventivité, d'autres soulignent les contraintes inhérentes à toutes les propositions évoquées et voient comme principale issue de faire en sorte que rien ne change dans la structure. L'animation de cette dernière discussion commune est importante pour ne pas briser l'enthousiasme soulevé dans certains groupes. Elle vise à prendre en considération et au sérieux les idées et les professionnels qui les portent, elle leur accorde une légitimité, en ne participant pas aux réflexions ironiques lorsqu'un professionnel avance une idée originale mais en lui trouvant un véritable intérêt qui questionne alors l'assemblée. C'est par exemple le cas lorsque des professionnels avancent des idées telles que l'organisation d'une fête des voisins ou d'une tombola avec les commerçants du quartier – en apparence éloignées de la problématique de l'alcool. Finalement, celles-ci prennent au sérieux l'analyse que nous avons faite des interactions entre les personnes sans abri et le voisinage et permettent de réinterroger la cohabitation et l'ancrage de l'institution dans le quartier. Elles soulignent, comme j'en ai fait l'expérience en menant l'enquête, que la question de l'alcool est articulée à d'autres problématiques qu'il est nécessaire de prendre en compte. Par ailleurs, je montrerai dans le chapitre 5 comment cette enquête et ces multiples restitutions ont eu des effets au sein de l'institution en contribuant à l'abrogation du terme « alcool interdit » et à la mise en place d'une consigne où entreposer de l'alcool. Ainsi, la circulation des résultats de l'enquête favorise, nourrit et renforce la réflexivité des professionnels et « [aide] à produire une dynamique, quelle qu'elle soit, dont les acteurs des lieux essaieront de tirer parti » (Herreros, 2009 [2002], p.114).

2/ Chronique d'une ethnographie visuelle

En parallèle de la recherche consacrée à l'alcool, une autre « enquête dans l'enquête » a été menée à la Villa d'Hestia. Celle-ci ne porte pas sur une thématique mais repose sur un outil : l'appareil photo. Par intérêt personnel, j'ai souhaité mobiliser la photographie dans mon enquête ethnographique. J'ai commencé par une phase de tâtonnement liée à la difficulté de savoir comment, qui et quoi photographier. Au cours d'une discussion avec plusieurs patients, l'un d'entre eux formule une idée : leur confier des appareils photos. C'est ainsi que durant un

mois et demi, plusieurs appareils photos jetables ont circulé entre les patients (a). Faute de pouvoir mener des entretiens approfondis avec tous les photographes sur leurs photos, ces dernières ont été minutieusement classées et articulées avec mes observations (b). Enfin, cette ethnographie visuelle a fait l'objet d'une exposition à la Villa d'Hestia – envisagée à la fois comme une scène de restitution et un terrain d'enquête – qui s'est emparée de la question de la cohabitation dans le quartier entre les personnes sans abri accueillies aux Lits Halte Soins Santé et le voisinage (c).

a/ Du tâtonnement initial à l'enquête coopérative

Dès le début de mon enquête de terrain à la Villa d'Hestia, j'envisage de mobiliser la photographie. D'une part, en raison d'un fort intérêt personnel pour ce médium, qui se traduit par une pratique régulière en tant que photographe amateur. D'autre part, car juste avant le début de mon terrain j'ai découvert l'ouvrage *Sidewalk* de Mitchell Duneier (1999) dont la lecture m'a marqué. La description – articulant le texte écrit du sociologue et les photos d'Ovie Carter – des pratiques des vendeurs, en situation de précarité, de magazines, journaux et ouvrages sur un bout de trottoir new-yorkais, m'a convaincu de l'intérêt de l'usage de la photographie dans l'enquête de terrain et dans la présentation du travail ethnographique. Ce sentiment a été confirmé par la lecture de l'ouvrage de Douglas Harper (2006 [1982]) sur les vagabonds du nord-ouest américain. Mais, si l'intérêt de la photographie pour l'enquête ethnographique fait peu de doute – qui plus est sur des terrains auprès de « groupes marginaux » qui ont été, historiquement, « une première occasion de mettre à contribution les possibilités du médium photographique » (Maresca & Meyer, 2013, p.9) – il est nécessaire de transformer ce principe abstrait en une réalité concrète. Et là, l'envie d'utiliser la photographie dans le domaine du sans-abrisme se heurte à la question de savoir « comment manifester l'invisible social ? » (Tassin, 2016, p.277). Ou, pour le dire autrement, comment photographier et mettre en images des personnes sans abri qui alternent entre des phases de « sous-exposition » et de « sur-exposition » (Didi-Huberman, 2012) médiatique et visuelle[80] ? La première est marquée par l'absence, elle « nous prive des moyens pour voir […] ce dont il pourrait être question », alors que dans la seconde c'est l'abondance qui pose problème car « trop de lumière aveugle » (Didi-Huberman, 2012, p.15), figeant les personnes dans des

[80] Il est possible de repérer saisonnièrement ces phases de « sur-exposition » qui reviennent chaque année lors des périodes de grand froid ou de forte chaleur avec une multiplicité de reportages journalistiques et qui laissent place, le reste de l'année, à une « sous-exposition » (Damon, 2004).

contextes et des situations stéréotypées. La complexité d'une telle question explique le tâtonnement initial, les hésitations et les difficultés à photographier. Par crainte de retomber dans les traditionnels « clichés » (Benoist, 2010) rattachés à ce public – qui déshumanise les personnes à travers une mise en avant de la « crise des corps[81] », à l'instar des photographies des personnes en hôpital psychiatrique (Chaire Handicap psychique et décision pour autrui, 2015 ; Dantou & Weber, 2015) – je prends soin de ne photographier personne et de déclencher à l'abri des regards. Mes premières photos donnent à voir un environnement vide. Elles sont prises avec mon smartphone, bien plus discret qu'un appareil photo, et n'ont que peu d'intérêt, si ce n'est de permettre le « souvenir, pour faire des descriptions » *a posteriori* (Bourdieu, 2008, p.365) de l'établissement et de ses espaces.

L'enquête photographique prend une autre tournure à la suite d'une discussion informelle. Nous sommes le 11 mai 2015. Il est environ 11h. Comme souvent à cette heure-là, je suis dans le coin fumeur de la Villa d'Hestia, avec plusieurs patients, à discuter – les matinées sont remplies de ces discussions du fait de l'interdiction de sortir avant 13h. Aujourd'hui, l'un d'eux, Marc, fête ses 71 ans. Cet homme discret possède un chapeau qui fait sa renommée auprès des patients et des professionnels. En feutre noir, très largement orné de pin's et de longues plumes d'oie et de paon, il le porte en de rares occasions. Depuis que je suis présent sur le terrain, j'en ai entendu parler mais je ne l'ai encore jamais vu. Pierre, un autre patient, l'interpelle, alors qu'il arrive tout doucement dans le coin fumeur, son cigarillo au bout des lèvres : « Hé Marc, tu pourrais mettre ton chapeau, c'est ton anniversaire quand même ! » Marc sourit mais ne répond pas. Pierre insiste : « Allez vas-y, je te prends en photo comme ça », en montrant son smartphone qu'il tient dans une main. Finalement, Marc se laisse convaincre et repart vers sa chambre. Il revient quelques minutes plus tard, le chapeau sur la tête. Pierre lui propose d'aller dans le grand jardin interne de l'établissement, au milieu des arbres et des buissons. Avec quelques patients nous restons assis à les regarder : l'un prenant la pose avec son chapeau, l'autre se reculant pour trouver le cadre idéal avec son téléphone. Pierre lui montre la photo, qu'il nous montrera par la suite. Je réagis : « Ah elle est bien cette photo ! Il y aurait de belles photos à faire ici. » « Ah c'est sûr, y'a des personnages ici ! », me répond en rigolant Fouad, un autre patient. Ayant toujours en tête cette envie d'utiliser la photographie, je leur propose alors : « Quand vous aurez fini l'atelier théâtre, ça pourrait être

[81] Je continue par exemple de m'interroger sur l'apport de nombreuses photographies de l'ouvrage « photo-ethnographique » de Philippe Bourgois et Jeffrey Schonberg (2009) qui mettent en avant, me semble-t-il, une dimension particulièrement spectaculaire de la crise des corps, ici de toxicomanes sans abri de San Francisco.

bien de faire un atelier photo, non ? » Pierre, lecteur de Saul Alinsky[82] et fervent défenseur de projets participatifs, me lance : « Ah ouais ! Mais le mieux ça serait que ce soit nous qui puissions prendre les photos, tu vois ?! » Prenant la proposition de Pierre[83] au mot et après en avoir discuté avec d'autres patients, qui me font part de leur intérêt ou non pour une telle activité, je décide de leur confier la prise des photos. Cette situation illustre comment le dispositif d'enquête se déploie au gré des interactions entre l'enquêteur et les enquêtés : il n'est pas forgé *a priori*, il se définit sur le terrain, au hasard des rencontres et des occasions qui se présentent à l'ethnographe. D'où l'importance d'être régulièrement présent pour « saisir des chances » : « Être là où il faut dépend d'abord d'une condition matérielle indispensable en enquête ethnographique : être de manière prolongée sur le terrain, être fortement présent sur le terrain » (Beaud & Weber, 2010 [1997], p.107).

Au sein du champ de l'ethnographie visuelle, cette approche photographique s'inscrit dans les méthodes « collaboratives et participatives » (Pink, 2013) et correspond à ce que Luc Pauwels nomme « production d'image générée par les enquêtés » (Pauwels, 2015, p.101, je traduis) puisque ce sont ces derniers qui réalisent eux-mêmes les images. L'une des premières enquêtes de la sorte est relatée dans l'ouvrage *Through Navajo Eyes* de Sol Worth et John Adair (1997 [1972]). Ces derniers ont formé et confié à des *Navajo Indians* une camera 16mm avec laquelle ils ont réalisé des courts-métrages sur leur vie quotidienne, au tournant des années 1960-1970. Il s'agissait pour les deux anthropologues de voir *à travers leurs yeux*. Pour les travaux mobilisant l'image fixe, cette méthode est généralement utilisée et formalisée

[82] Quelques jours plus tôt, il m'a d'ailleurs envoyé par email une version numérique de l'ouvrage de Saul Alinsky, *Manuel de l'animateur social. Une action directe non violente*.

[83] Il est intéressant d'observer que lors de cette scène je retire une idée uniquement des propos de Pierre et non de sa pratique. En effet, plutôt que de se lancer dans de nouvelles prises de photos, il aurait pu être intéressant d'essayer de récupérer les nombreuses photos existantes que prennent régulièrement les personnes avec leurs téléphones portables, comme le fait ici Pierre avec Marc. Cette idée me saute aux yeux bien plus tard, le 6 décembre 2015. Je passe ce dimanche après-midi à la Villa d'Hestia. Avec l'éducateur on s'installe dans le hall de l'institution pour travailler sur l'exposition photographique. J'ai volontairement étalé des photos sur la table qui nous fait face afin de susciter la curiosité des patients qui passeraient par-là et d'engager des discussions. Monsieur Lémaud, un patient avec qui je n'ai encore jamais eu l'occasion de discuter – il reste souvent dans sa chambre où il se repose et est régulièrement absent de l'établissement pour des séances de chimiothérapie –, rentre dans l'institution en chancelant, le pas instable. On comprend qu'il a bu. Il s'arrête devant les photos, les regarde pendant plusieurs minutes et me dit : « J'ai pris des photos aussi, attend. » Il monte dans sa chambre et revient quelques minutes plus tard avec un appareil photo jetable Kodak et un petit album-photo cartonné comprenant une dizaine de photos délicatement rangées dans des pochettes plastiques. Il me raconte que ce sont des photos qu'il a prises il y a un an lorsqu'il vivait dans l'espace public, rue Auguste Comte, dans le 2ème arrondissement de Lyon. Sur les photos apparaît son lieu de vie, installé dans une cour d'immeuble, dans un renforcement. Sur d'autres photos apparaissent des voisins, notamment Vanessa dont il répète plusieurs fois le nom et avec qui il pose sur plusieurs photos. Quelques-unes ont été prises lors de l'anniversaire du frère de Vanessa où il a été invité. Enfin, les trois dernières photos de l'album ont été prises depuis le premier étage de la Villa d'Hestia où il a sa chambre ; on y voit le jardin intérieur et des parties du bâtiment. Après m'avoir montré toutes ses photos, il me demande de le photographier avec l'éducateur en utilisant son appareil photo jetable.

sous l'appellation de « photovoice » (Wang & Burris, 1997). Selon Caroline Wang et Mary-Ann Burris, cette méthode à trois objectifs principaux :

> « (1) Permettre aux gens d'enregistrer et de refléter les forces et les préoccupations de leur communauté, (2) promouvoir le dialogue critique et la connaissance des questions importantes de la communauté par le biais de discussions photographies en petits et grands groupes, et (3) atteindre les décideurs politiques » (Wang & Burris, 1997, p.370, je traduis).

Ainsi la photovoice, avant d'être une démarche d'enquête visant à produire de nouvelles connaissances, se veut d'abord une méthode d'action à même d'améliorer les conditions de vie des plus vulnérables. Elle ne s'inscrit que depuis récemment dans le champ de la sociologie ou de l'anthropologie visuelle, comme le souligne Douglas Harper à partir de son large travail de recension bibliographique : « J'ai analysé les citations d'un peu moins de quatre-vingt-dix articles et j'ai noté qu'environ un tiers d'entre eux comprenaient des références à la sociologie visuelle ou à l'anthropologie, et qu'il s'agissait généralement des publications les plus récentes sur la photovoice ; la grande majorité ne comportait aucune référence à la sociologie visuelle ou à l'anthropologie. Cela suggère que le fossé entre le photovoice et la sociologie visuelle se tend à se rétrécir » (Harper, 2012, p.190, je traduis). La démarche que j'ai mise en œuvre s'inspire largement de la photovoice – dans le fait de confier des appareils photos aux personnes rencontrées sur le terrain – sans pour autant revendiquer cette appellation qui regroupe des travaux qui, me semble-t-il, peuvent être mus par un militantisme plus que par un « engagement ethnographique » (Cefaï & *al.*, 2010).

Après avoir discuté de cette idée avec les personnes sans abri de l'institution, j'en parle à la cadre de santé et à l'ensemble de l'équipe. Cette proposition est accueillie avec enthousiasme et la cadre de santé m'encourage à écrire un projet budgétisé, en associant l'éducateur spécialisé qui vient d'arriver, afin d'obtenir un financement de la direction de la Villa d'Hestia. Ce projet (Annexe 3), co-écrit avec l'éducateur, fixe un budget (461.55€), un calendrier (allant du mois d'août 2015 pour le début de la prise des photos au mois de janvier 2016 pour une possible exposition) et des objectifs (notamment en termes de communication auprès des partenaires institutionnels et des riverains). Je l'envoie le 8 juillet à la directrice de la Villa d'Hestia qui accepte de nous recevoir quelques jours plus tard, le 13 juillet, pour évoquer ce projet. Cette réunion se déroule avec la directrice, la cadre de santé, l'éducateur et moi. Elle est assez rapide puisque à peine assis, la directrice nous informe qu'elle trouve le projet « excellent » et qu'il n'y a aucun problème pour le financer. La réunion porte

essentiellement sur les modalités pratiques : elle donnera l'argent à l'éducateur pour l'achat des appareils et une date, le 6 janvier, est arrêtée pour une journée « portes ouvertes » où les photos seront présentées. À la sortie de la réunion, je fais part de ma surprise à l'éducateur et à la cadre de santé sur le fait que la directrice ait accepté aussi rapidement cette proposition. La cadre de santé me répond alors : « Tu l'as toi-même écrit dans le projet, tu leur proposes un plan com. pour pas grand-chose. Tu leur fais faire des économies [*elle rigole*] ! » Néanmoins, si la direction voit potentiellement un plan de communication à moindre frais, elle n'interviendra à aucun moment dans les choix qui seront faits au cours du projet et ne demandera pas à voir l'exposition avant son ouverture au public.

Dans les semaines suivantes, l'éducateur va acheter des appareils photos jetables avec Pierre, le patient à l'origine du projet. Le choix de cet outil est pratique et non esthétique. Il ne s'agit pas de privilégier une qualité d'image (l'argentique plutôt que le numérique), mais plutôt de disposer d'un outil facile d'utilisation, ne nécessitant pas de compétences techniques (il n'y a que deux boutons : le déclencheur et le flash), étant peu encombrant et peu cher pour que chaque personne qui le souhaite puisse en avoir un. Huit ont été achetés, de 38 poses chacun. Cinq ont été mis en circulation auprès des patients car au début seulement cinq personnes étaient intéressées.

Le 3 août 2015, lors du repas de midi, nous présentons avec l'éducateur le projet à l'ensemble des patients présents. D'abord de manière générale puis table à table dans des discussions plus informelles qui permettent notamment de répondre aux questions concernant l'usage des photos. Nous en mentionnons deux : la restitution du 6 janvier et mes travaux de recherche (puisque, comme nous l'annonçons, c'est d'abord dans ce cadre que le projet s'inscrit). L'association Orsac, à laquelle appartient la Villa d'Hestia, a établi un document type relatif au « droit d'auteur » – les images que les personnes prennent – et au « droit à l'image » – les images sur lesquelles les personnes apparaissent – que les personnes doivent signer. Comme l'écrit Valérie Game, « il est souvent difficile de recueillir un accord et de faire comprendre au sujet photographié – sans l'inquiéter – la raison pour laquelle le chercheur a besoin de cet accord. Il est encore plus complexe de satisfaire à l'exigence d'un accord écrit, à la fois simple et complet » (Game, 2007, p.88). J'ai ainsi essayé de prendre du temps avec les personnes pour décliner les usages possibles des images et ainsi leur permettre de nuancer l'accord. Par exemple, Monsieur Harto, un patient qui a pris plusieurs photos et qui apparaît sur deux photos, a accepté que ses photos soient utilisées pour la restitution de janvier et dans mes travaux de recherche mais pas les images où il apparaît – sur le moment il ne savait pas

s'il allait être sur des images mais il m'a précisé : « Je ne veux pas me retrouver sur des photos à l'extérieur de la Villa, je ne veux pas voir ma tête dans le Progrès, dans 20 Minutes ou sur internet ! » J'ai ainsi consigné les retours des patients qui m'ont été faits pendant la signature du document ou plus tard au cours de conversations informelles afin de savoir quelles photos étaient publiables ou non. Au final, uniquement les deux où apparaît Monsieur Harto n'étaient pas publiables. Néanmoins, l'accord écrit ou oral doit être pris avec précaution car « le droit à l'image vient en réalité se superposer de manière technique et administrative à des réflexions plus fondamentalement liées à l'éthique du travail des chercheurs en sciences sociales mais aussi aux perspectives intellectuelles ouvertes par un travail de terrain » (Jarrigeon, 2015, p.236). Comme le rappelle Florence Weber, dans un échange avec le photographe Jean-Robert Dantou, « l'ethnographe n'est pas tout-puissant, l'anonymat des personnes et des institutions ne dédouane pas le chercheur des discussions avec les enquêtés sur ses choix de publication. C'est d'ailleurs la force de la photographie de rappeler au sociologue que l'anonymat n'est pas une solution clés en mains » (Dantou & Weber, 2015, p.157). C'est pourquoi, plus encore que de savoir si oui ou non j'ai le *droit* de diffuser ces photos, c'est la question de *comment* diffuser ces photos sur une diversité de scènes qui m'interroge. Dans la suite de cette section je répondrai à cette question en revenant sur l'exposition organisée à la Villa d'Hestia et sur le cahier photographique associé à ce manuscrit.

Finalement, 138 photos ont été prises sur une période d'un mois et demi entre août et mi-septembre 2015. Sept patients ont pris des photos. J'en ai également prises une dizaine soit en suivant les instructions de certains patients, soit de ma propre initiative. Les appareils photos ont circulé de mains en mains. J'ai pu retrouver les auteurs de chaque photo, à quelques exceptions près, car les appareils étaient numérotés et les photographes m'indiquaient à quel moment ils prenaient un appareil photo. Il est essentiel de préciser qu'il n'y avait pas de consigne, les personnes étaient libres de prendre en photo ce qu'elles voulaient[84]. Pour deux raisons : d'une part, ça m'intéressait de voir comment les personnes allaient s'approprier l'objet ; d'autre part, j'étais sur ce terrain depuis trop peu de temps pour savoir concrètement ce que je cherchais et donc pour imposer une thématique précise. Il n'y a pas eu de formation à la photographie, ni même de réunions régulières ou de temps formalisés pour faire des points sur la prise des photos : le dispositif mis en place était peu cadré. C'est une différence majeure

[84] S'il n'y avait pas de consigne, je rappelle que les photographes étaient informés que leurs images pouvaient être utilisés dans le cadre d'une exposition ou de mes travaux de recherche. S'il ne s'agit pas d'une consigne c'est un cadre qui a pu potentiellement avoir des effets.

avec la photovoice telle que l'ont définie Caroline C. Wang et Mary-Ann Burris (1997) et telle qu'elle a déjà pu être appliquée avec des personnes sans abri (Wang, Cash & Powers, 2000). À la Villa d'Hestia, les points se faisaient de façon informelle, en échangeant avec les participants, lorsque j'étais présent sur le terrain.

b/ Articuler les photographies et les observations : un bricolage méthodologique

Que faire de ces 138 photos prises par des patients-photographes ? Comment sont-elles utilisées avec les données d'observation pour mener l'analyse ? C'est à ces questions, rarement discutées dans les travaux scientifiques et souvent cantonnées aux coulisses de l'enquête ethnographique, que je vais essayer de répondre.

Le protocole d'enquête avec l'image se composait de deux temps : d'abord, une phase d'un mois et demi pour prendre des photos, ensuite, après les avoir développées, la réalisation d'entretiens avec les photographes en utilisant leurs propres images. Conduire des entretiens avec des photographies est une méthode dorénavant classique des sciences sociales. John Collier, anthropologue et photographe, a été le premier à en vanter les mérites. Dans la version retravaillée avec son fils, Malcolm Collier, de l'ouvrage *Visual anthropology*, un chapitre est consacré à cette méthode. Les co-auteurs écrivent, à partir de leurs expériences d'enquête :

> « Les images invitaient les gens à prendre l'initiative de l'enquête, en tirant pleinement parti de leur expertise. Normalement, les entretiens peuvent devenir difficiles lorsqu'on cherche à obtenir des informations explicites, mais les photographies invitent à s'exprimer ouvertement tout en conservant des points de référence concrets et explicites. Bien sûr, des entretiens verbaux raffinés peuvent permettre d'obtenir le même résultat, mais les photographies accomplissent cette finalité spontanément » (Collier & Collier, 1986, p.105, je traduis).

Cette méthode, mise en œuvre par exemple par Fabienne Duteil-Ogata (2007) dans la recherche en langue française, est aujourd'hui plus communément nommée « photo-elecitation », dans la lignée d'un article de Douglas Harper (2002) repris et approfondi dans son ouvrage *Visual sociology* (Harper, 2012, p.155-187). Dans le champ du sans-abrisme, un intérêt de cette méthode pourrait être de réduire la « violence symbolique » dont peut être porteur le cadre de l'entretien formel avec les personnes sans abri (Bruneteax & Lanzarini, 1998), en faisant de ces dernières les « expertes ». Leonardo Antoniadis (2012) montre tout l'intérêt de cette méthode avec les personnes sans abri pour, dans son cas, comprendre les

pratiques urbaines et les usages de la ville de Jean-Paul qui, « devant les images des lieux qu'il fréquentait, était beaucoup plus à l'aise et coopératif voire enthousiasmé de parler des images. L'attention de l'entretien s'était déplacée de sa personne vers les images » (Antoniadis, 2012, p.120-122). Pour ma part, cette démarche a été quasiment impossible à mettre en œuvre et un seul entretien mobilisant les photos a été réalisé. Parmi les photographes, deux sont malheureusement décédés au cours du projet. S'ils ont pu voir leurs photos et m'en dire quelques mots, nous n'avons jamais pu prendre le temps d'en discuter en détails. Les quatre autres ont quitté la structure pour une fin de prise en charge ou une exclusion et il m'a été difficile de les suivre dans la ville et dans le réseau de l'assistance. Et, quand j'ai pu les retrouver, la situation ne se prêtait pas à la photo-elicitation[85]. On touche ici à une des limites du projet tel qu'il a été conçu : le temps de l'enquête était finalement trop long au vu de l'état de santé des patients et du fonctionnement de l'institution. Au final je n'ai que des bribes d'informations, issues de mes observations, sur les contextes dans lesquels ont été prises les photos.

Howard S. Becker écrit que « tout (ou presque) est affaire de contexte » (Becker, 2001, p.333) dans la manière de mobiliser la photographie en sociologie visuelle. Dans ce cas, comment utiliser les photographies avec peu voir aucune information sur les moments où elles ont été prises ? C'est ainsi que, face à l'impossibilité de conduire ces entretiens, j'ai opéré un « bricolage méthodologique » (Rogers, 2012) visant à articuler les photographies et mes observations. Dans un premier temps, j'ai catégorisé toutes les photographies selon différents critères : qui les avaient prises, où elles avaient été prises et ce qu'on y voyait (personnes, animaux, objets). Je terminais ce travail par une courte description de l'image. Ce modèle de description est répété pour les 138 photographies. Chacune se voit également attribuer un numéro qui me permet de la classer dans un tableau recensant toutes les informations de ces notices descriptives. Une photo pouvant ainsi se retrouver dans plusieurs catégories. Ce travail de catégorisation est loin d'être anodin, il me permet d'élaborer différents classements et d'inscrire les photos dans des séries. L'intérêt est que les « photos ne valent plus seules, mais par leur agencement » (Maresca & Meyer, 2013, p.87) les unes avec les autres. À la manière d'une analyse sur un corpus d'entretiens ou d'observations, c'est l'accumulation de certains motifs qui est révélateur et indique à l'enquêteur des pistes à suivre. La répétition de certaines situations, de certains lieux et de certains acteurs constitue des indices sur lesquels

[85] Voir par exemple la situation décrite dans la section 1 du chapitre 2 où la conversation avec Éric sur ses photos est vite interrompue par la cadre de santé de l'hôpital où il est soigné qui vient lui annoncer la fin prochaine de son séjour et donc son probable retour à la rue.

enquêter. Les photos ne sont pas une fin en soi, elles réenclenchent une dynamique d'enquête de deux manières. D'une part, elles mènent à une relecture des notes ethnographiques tout en mettant en lumière les passages faisant écho à des situations semblables. Le nombre important de photos prises dans le coin fumeur de la Villa d'Hestia m'oblige, par exemple, à avoir une attention supplémentaire sur mes observations passées faites dans cet espace. D'autre part, et c'est l'élément le plus important dans mon enquête, les photos me conduisent à de nouvelles observations pour lesquelles elles apparaissent, *a posteriori*, comme des guides. En effet, mes observations futures vont se concentrer principalement dans les espaces photographiés pour y comprendre ce qu'il s'y passe et ce qu'il s'y joue. Les photos ont ainsi contribué à relancer l'enquête et à voir le terrain autrement. Ou, pour reprendre le vocabulaire de l'« ethnographie diagnostic » (Duneier, 1999, p.342), les photos et mes premières observations m'ont permis de « diagnostiquer » des « symptômes » que j'ai cherché à « comprendre » au cours d'une seconde phase d'observations. Pour être plus explicite, la diversité des lieux photographiés au sein de l'institution (chambres, coin fumeur, hall, réfectoire, jardin intérieur) et dans le quartier (rues, bancs, bar, parc) m'ont aidé pour décrire puis analyser les interactions dans leur dimension écologique. C'est en effet en travaillant sur les photos que des termes comme « attachements » ou « environnement[86] » sont devenus centraux dans mon travail et que j'en suis progressivement arrivé à envisager l'approche écologique de la relation de soin que j'ai présentée en introduction. Dans le même mouvement, j'ai vu dans les photos des patients-photographes, des esquisses de leur manière d'habiter la Villa d'Hestia, les lieux dans lesquels ils s'engagent et ce qui compte pour eux dans ces espaces. C'est ainsi que la question de l'imbrication entre habiter et (se) soigner est devenue centrale de ma recherche ; elle sera au cœur de la partie 2 de la thèse.

c/ Un trouble dans la cohabitation à l'origine de l'exposition

Un des enjeux de toute ethnographie visuelle concerne la restitution de l'enquête et des images : comment rendre compte du travail mené et de la diversité des matériaux produits ? Plusieurs formats existent, parmi elles l'exposition photographique. Alors qu'elle constitue une forme de présentation classique dans le monde de l'art, celle-ci semble peu utilisée par les

[86] Sur ce point, mon expérience me semble faire écho à celle de Mitchel Duneier qui, lorsqu'Ovie Carter lui a montré ses premières photographies, a « commencé à mieux comprendre comment les choses fonctionnaient dans les blocs, car [le photographe] s'est engagé à capturer *les relations entre les gens et leur environnement* et pas seulement des actes individuels » (Duneier, 1999, p.341, je traduis et je souligne).

chercheurs en sciences sociales. Il est d'ailleurs intéressant de noter la quasi-absence de discussion de ce format « exposition » dans des ouvrages de synthèse sur l'utilisation des images en sciences sociales, tels ceux de Douglas Harper (2012), de Sarah Pink (2013) ou de Sylvain Maresca et Michaël Meyer (2013)[87]. Il s'agit, ici, d'envisager ce moment particulier comme partie intégrante du processus d'enquête, l'exposition comme un geste ethnographique. L'idée défendue est que l'exposition photographique – au même titre d'autres restitutions, comme on l'a vu précédemment avec l'enquête sur l'alcool – constitue un espace-temps à enquêter, ouvrant potentiellement sur de nouvelles pistes de recherche : « La boucle est alors bouclée : *mimèsis 3* féconde *mimèsis 1*. La refiguration du récit ethnographique préfigure de nouvelles actions, qui annoncent une nouvelle configuration du récit ethnographique » (Cefaï, 2010b, p.551[88]).

Lorsque j'ai sollicité la direction de la Villa d'Hestia pour un financement permettant l'achat d'appareils photos jetables, un accord a été passé : une exposition devait être organisée le 6 janvier 2016, lors d'une après-midi portes ouvertes de l'établissement. Sa thématique a été définie au cours du processus d'enquête. Comme je l'ai mentionné, les photos invitent à penser des manières d'habiter la Villa d'Hestia, de s'engager dans un monde sur le régime de la familiarité (Breviglieri, 2006). Habiter c'est toujours cohabiter. L'habiter est une affaire d'interdépendances avec des objets, des animaux mais aussi et surtout avec d'autres personnes. Les photos saisissent quelques-unes de ces relations, notamment celles qui se nouent entre les patients de la Villa d'Hestia. Durant l'enquête, une forme de cohabitation contribue à l'émergence d'un problème public, localisé à l'échelle du quartier, relatif à la consommation d'alcool de certains patients et notamment de l'un d'entre eux, Éric.

Éric a 63 ans. Il est entré à la Villa d'Hestia le 17 avril 2014 après s'être cassé, coup sur coup, les deux jambes. Le 3 août 2015 quand, avec l'éducateur, nous présentons « officiellement » le projet photographique, Éric, en train de manger, me dit explicitement que « ça ne l'intéresse pas ». Pourtant, en sortant de table, alors que je suis près de la porte du réfectoire,

[87] Cela ne signifie évidemment pas que les chercheurs ne rendent pas compte de leurs travaux photographiques sous la forme d'une exposition. Voir par exemple les travaux de Jean-Robert Dantou et Florence Weber (2015), dont l'une des expositions est recensée par Christian Baudelot (2012) ou l'exposition de Sylvaine Conord, *Résistances ordinaires de quartiers populaires : de Vienne à Lisbonne, de Bruxelles à Paris*, recensée par Simona Tersigni (2016).

[88] Cette théorisation de l'enquête ethnographique par Daniel Cefaï repose sur la « triple *mimèsis* » de Paul Ricoeur dans son ouvrage *Temps et récits* : « Ricoeur nous explique que le moment de rédaction du texte historique, celui de sa configuration narrative (*mimèsis 2*), emprunte à un moment de préfiguration des histoires par les acteurs eux-mêmes, déjà capables de donner sens à leurs actes (*mimèsis 1*) et se destine à un moment de refiguration par les lecteurs des récits racontés par l'historien, dans un acte de lecture qui engendre d'autres actions (*mimèsis 3*) » (Cefaï, 2010b, p.548).

il m'interpelle : « Vous devriez prendre une photo de nous [*les patients*] tous ensemble. » Cette remarque qu'il m'adresse et les photos encadrées de membres de sa famille qu'il a installées sur la table de nuit de sa chambre me laisse penser qu'il est loin d'être insensible aux images. C'est pourquoi, alors que je ne suis pas allé sur le terrain durant plusieurs jours, je retente ma chance avec Éric le 25 août. Seul, dans le hall d'entrée, je vais le voir, un appareil photo à la main. Je le lui tends et lui propose de le lui laisser pour prendre des photos. Il me répond qu'il ne sait pas comment faire, qu'il n'a jamais pris de photo. Je lui montre alors le viseur, « où regarder », et le déclencheur, « où appuyer » ; j'ajoute que, s'il le souhaite, on peut essayer ensemble pour qu'il s'exerce. Il accepte et me propose de faire ouvrir la porte pour photographier la rue, depuis le hall d'entrée. Il prend deux photos. Pour la première, il vise et définit le cadre pendant que j'appuie sur le déclencheur pour lui faire remarquer le « clic », qui atteste que la photo a été prise. Je lui indique la molette à tourner après chaque photo pour pouvoir en reprendre et, seul, il prend une deuxième photo, depuis le même emplacement. Il me demande ensuite de le photographier, « devant les plantes, dans le jardin ». Je le laisse m'indiquer où et comment le photographier ; je me « laisse guider » à l'instar de la posture photographique adoptée par Sylvaine Conord (2017). Il se passe la main dans les cheveux pour se recoiffer : « C'est bon, vas-y. » Une fois la photo prise, je lui donne l'appareil en lui disant que « maintenant vous savez comment ça marche, vous pouvez le garder ». Il me répond : « Ah ouais, je prendrai mes potes en photo après. » Au final, Éric est le photographe qui prend le plus de photos (31 avec certitude, peut-être plus).

Éric a pour habitude d'aller boire dans le quartier pratiquement tous les après-midis, avec d'autres patients de la Villa d'Hestia. S'il va de temps en temps dans un bistrot situé à proximité de l'institution, comme la Gamelle où j'ai pu l'accompagner et qu'il a photographié, son lieu privilégié est un petit chemin piéton où trois bancs se font face, à une centaine de mètres de l'établissement. Les patients qui s'y retrouvent appellent généralement ce lieu le « square ». Le 3 septembre 2015, j'y suis avec Éric. Il n'y a personne, quelques canettes de bière vides jonchent le sol au milieu des premières feuilles mortes. Il prend en photo l'un des bancs en commentant : « Je l'aime bien mon banc. Je suis indépendant là. Je venais boire ici l'après-midi. On était nombreux à se retrouver mais y a eu des plaintes des gens qui habitent autour, c'est pour ça que je ne peux plus sortir[89] ! » Un peu plus tôt dans la journée la directrice de la Villa d'Hestia m'a résumé le problème public autour de ce square.

[89] À l'époque, l'équipe de la Villa d'Hestia interdit Éric de sortir seul de l'établissement. Comme nous le verrons dans le chapitre 5, les professionnels justifient cette mesure pour protéger sa santé alors qu'Éric y voit une sanction liée à ce problème de voisinage.

Un « comité de quartier » lui a écrit il y a quelques semaines pour se plaindre du comportement des personnes qui boivent au square et plus spécifiquement de la « personne en fauteuil roulant », Éric. L'« épreuve de proximité urbaine » que constituaient ces consommations d'alcool dans l'espace public s'est ainsi progressivement transformé en une « épreuve de l'engagement collectif » pour résoudre le trouble (Breviglieri & Trom, 2003). La Villa d'Hestia est interpellée en tant que tiers pour y trouver une réponse (Emerson & Messinger, 2012 [1977]) ; elle est « responsable » de la situation au sens où « elle chargée de résoudre le problème » (Gusfield, 2009 [1981], p.15) par des habitants du quartier. La directrice ne rejette pas cette responsabilité et reconnaît la légitimité de la plainte en partageant avec moi l'expérience suivante : « Je l'avais vu [*Éric*] au square, il était torse nu et il hurlait. Je comprends que les familles ne soient pas rassurées de passer avec les enfants [*le square est séparé par une route d'un jardin d'enfants*]. J'étais allé le voir mais il n'entendait rien. » Elle m'informe qu'elle a reçu un mail de ce même comité de quartier qui la remercie, ils « apprécient » que ce soit « plus calme au square ». Selon elle, les relations avec le voisinage sont plus « apaisées » depuis qu'Éric ne va plus y boire et que les autres patients se sont dispersés sur d'autres bancs du quartier.

Partant du constat de l'existence de ce problème public et des « photos du quartier » (Schoepfer, 2014) prises par les patients-photographes à proximité de la Villa d'Hestia (n=35), j'ai envisagé une exposition centrée sur la cohabitation entre les murs et hors les murs de l'institution. Celle-ci a été organisée au sein de la Villa d'Hestia le 6 janvier 2016. Il s'agissait à travers cette exposition de montrer comment les patients *habitent* l'établissement et son quartier sans éluder le problème de la cohabitation avec le voisinage. L'exposition a ainsi a été pensée comme une scène mettant en dialogues les différents habitants du quartier, considérant que les patients de la Villa d'Hestia étaient également des habitants, même si la durée de séjour théorique dans cette structure est courte. L'ensemble de ces éléments ont été discutés avec la direction de l'établissement qui y a trouvé un intérêt au regard des relations qu'elle entretient avec les riverains. Une communication particulière – faite de collage d'affiches en bas des immeubles et de remplissage de boîtes aux lettres accessibles – a donc été faite pour inviter les habitants du quartier qui vivent dans les rues proches de l'institution et du fameux square. Au final, sur la cinquantaine de personnes venues, près de la moitié habitaient à proximité de l'établissement[90].

[90] Le bouche à oreille fonctionne entre les habitants du quartier. Ainsi, le lendemain de l'exposition, une femme sonne à la Villa d'Hestia. Elle vit dans le quartier et n'a pas pu venir la veille à l'exposition. Elle demande à la

Concrètement, 19 photographies ont été agrandies, encadrées et fixées au mur. J'ai discuté de mes choix avec l'éducateur spécialisé, associé depuis le départ au projet. Les photos choisies n'ont pas fait l'objet d'une validation par la cadre de santé et la direction de l'établissement qui ont été d'accord pour découvrir l'exposition le jour-même. Une partie des photos choisies correspondait à celles qui plaisaient le plus aux photographes. Même si je n'ai pas eu le temps de conduire des entretiens en utilisant les photographies, six patients sur sept ont vu leurs photos et lors de ce premier visionnage ils ont pu m'exprimer qu'elles étaient les photos qu'ils préféraient. J'en ai donc reprises pour l'exposition. J'ai ensuite complété avec des photographies qui me paraissaient importantes par rapport à cette thématique de l'habiter. Il ne s'agissait pas de diffuser simplement des images mais bien de rendre compte d'une enquête problématisée. Pour reprendre les mots de Florence Weber, il n'était pas question « d'endosser le rôle de simple "porte-parole" de ceux que nous avions rencontrés. La photographie et la sociologie sont des outils d'analyse et pas seulement des caisses de résonnance » (Dantou & Weber, 2015, p.157). Sur un grand écran, un diaporama a diffusé en boucle les 138 photos. En complément, j'ai rédigé un document – quatre feuillets A5 – composé d'extraits de discussions informelles avec des patients et de notes de terrain dont plusieurs exemplaires étaient disponibles sur une table, de telle sorte que les visiteurs pouvaient apprécier les photographies avec ou sans lui. Les photographies ne se suffisaient pas à elles-mêmes, il y avait un risque de mésinterprétation et de reproduction des stéréotypes. Il fallait exposer le travail produit sans exposer les personnes, sans les mettre en danger dans leur représentation. Il était donc nécessaire de trouver un juste milieu entre d'un côté laisser vivre les photographies par elles-mêmes et laisser le spectateur en faire sa propre expérience ; et, d'un autre, guider un peu la lecture des images pour que celles-ci ne redeviennent pas un élément renforçant des préjugés. Ce n'est donc pas simplement une exposition photographique mais bien l'exposition d'une ethnographie visuelle articulant « les images et les mots dans une relation de trouble réciproque, de questionnement par va-et-vient toujours relancé » (Didi-Huberman, 2012, p.17), qui a été organisée – une perspective qui explique le choix d'un cahier photographique indépendant et lié à la thèse (encadré n°5). Les mots éclairent les

secrétaire à l'accueil s'il est encore possible de la visiter. L'éducateur et moi l'accueillons et l'accompagnons dans la salle où les photos sont encore exposées. Elle nous pose des questions sur ce projet. Elle demande aussi si elle peut visiter l'établissement et en savoir plus sur les missions de l'institution. L'éducateur lui fait une visite guidée. L'interaction est intéressante, elle donne à voir la curiosité d'une riveraine et montre l'absence d'information qu'elle avait sur les Lits Halte Soins Santé. Comme elle dit à l'éducateur, « je sais simplement que vous accueillez des SDF ». L'exposition devient ainsi un prétexte pour entrer dans l'établissement et s'informer sur ce qu'il s'y passe.

images et inversement, comme en témoigne cette visiteuse qui regarde une première fois les images puis une seconde fois avec le document écrit que je lui ai donné : « Ah ça change tout. Je comprends mieux, surtout celle-là [*elle m'indique du doigt la photo prise par Éric du banc où avec d'autres patients il allait boire*]. » Sur le document écrit une citation vient donner un sens à une photo *a priori* abstraite, représentant en gros plan un banc vide avec, sur un tiers de la photo, une trace de doigt du photographe. Sur le document écrit, j'ai repris les mots formulés par Éric lorsqu'il a pris cette photo et que j'ai précédemment mentionnés. Cette photo du square est d'ailleurs attendue et recherchée par certains voisins-visiteurs. Durant l'après-midi, trois hommes, d'environ 70 ans, m'interpellent. Sans se présenter, l'un d'eux me demande : « Et est-ce qu'ils ont pris des photos du petit square… vous savez vers là-bas, il y en a qui vont boire là-bas. » Je leur indique la photo et leur donne le document où j'ai retranscrit les propos d'Éric sur ce que représente ce lieu pour lui. On discute, je comprends enfin qu'ils habitent le quartier et qu'ils occupent une place centrale dans le comité de quartier ; c'est l'un d'eux qui a contacté la directrice pour l'interpeller sur le comportement de certains buveurs :

> UN VOISIN : En fait on fait partie du comité de quartier. Il y a deux personnes qui habitent en face du square qui nous ont fait remonter plusieurs fois qu'il y avait des gens qui buvaient au square. Une personne habite au rez-de-chaussée, l'autre à l'étage. Ils laissent plein de canettes, de bouteilles, c'est sale !
>
> GABRIEL : Et ça se passe comment avec les gens qui boivent ? Ils sont agressifs envers les habitants ?
>
> UN VOISIN : Non, pas du tout. C'est juste qu'ils laissent tout là ! Faut que ça reste propre. On ne veut pas voir des canettes partout.

C'est leur « expérience sensible » (Cefaï & Terzi, 2012 ; Tonnelat, 2012) qui amène les habitants du quartier à se mobiliser. Les nuisances, visuelles en particulier avec les canettes de bière vides qui joncheraient le sol, constituent les motivations de ce « rejet engagé » (Loison-Leruste, 2014) qui sera complexifié dans la partie 2 de la thèse ; la dispute étant une modalité des relations de voisinage en tension avec des formes de reconnaissance. On voit ici comment l'exposition constitue un temps d'enquête et pas seulement un temps de restitution. Elle me permet de rencontrer des voisins et, surtout, d'entendre directement leurs justifications et leurs critiques. L'exposition articule ainsi deux dimensions. D'une part, elle se veut le résultat d'une enquête ethnographique sous une forme accessible et grand public sans théoriser sur l'habiter mais en donnant à voir comment certains patients habitent la Villa d'Hestia et donc aussi dans

le quartier. On y devine par exemple l'attachement aux chats errants qui occupent le jardin de l'établissement, quand bien même la direction refuse que les patients les nourrissent (les notes écrites sur le documents permettent de comprendre cet élément). D'autre part, en se saisissant des tensions avec le voisinage, l'exposition revendique une finalité pratique caractéristique de la photovoice (Wang & Burris, 1997 ; Wang, Cash & Powers, 2000). Il n'est pas question ici de dénoncer les plaintes des voisins ou les pratiques des personnes sans abri mais, plutôt, d'ouvrir les portes de l'établissement pour que les premiers comprennent un peu mieux ce que vivent les seconds. L'exposition s'inscrit dans un « pragmatisme ethnographique » (Cefaï, 2010a) qui permet de découvrir de nouvelles potentialités d'action. C'est par exemple le cas, lorsqu'une habitante du quartier, après avoir vu les photographies, m'interpelle en me disant : « J'aime beaucoup prendre des photos. Peut-être, un jour, je pourrais venir ? » Cette interrogation fait écho à d'autres propositions, comme celle de Pierre, le patient à l'origine du projet photographique, qui évoquait au cours d'une conversation informelle l'idée de créer un « jardin partagé » avec les voisins – ces derniers pouvant assurer, selon lui, une continuité du projet malgré la circulation des patients à la Villa d'Hestia – au sein du jardin intérieur de l'établissement. Ces propositions ouvrent un champ de possibilités, qui permet d'envisager la création d'espaces de rencontre entre les patients de la Villa d'Hestia et le voisinage et, ainsi, de repenser la cohabitation. Ce sont des éléments que je transmets aux professionnels. Ici, l'enquête ethnographique permet d'entendre ces idées et cherche à les faire circuler et à les rendre partageable afin de contribuer à l'émergence d'un « public » (Dewey, 2010 [1927]) comme nous allons l'aborder maintenant en réinscrivant cette enquête et celle consacrée à l'alcool dans une conception pragmatiste de l'enquête et dans la tradition sociologique de Chicago.

Encadré 5. Un cahier photographique intégré à la thèse

Comment utiliser les photographies prises par des personnes sans abri à la Villa d'Hestia dans le cadre de cette thèse ? Revenons sur les différentes possibilités avant de justifier le choix d'un cahier photographique.

Une première possibilité aurait été de mettre les photographies en annexe. Cette possibilité n'a pas été prise en compte car elle relègue les photographies au second plan, à l'ombre du manuscrit principal. Elle ne faisait pas sens avec la démarche qui fut la mienne. Une deuxième option aurait été de répartir les photographies dans le manuscrit de thèse en fonction des thématiques abordées et de l'analyse menée. C'est un format que l'on retrouve dans plusieurs ethnographies visuelles s'inscrivant dans le domaine de recherche du sans-abrisme : *Sidewalk* de Mitchell Duneier avec les photos d'Ovie Carter (1999), *Good Company. A Tramp Life* de Douglas Harper (2016 [1982]) ou *Righteous Dopefiend* de Philippe Bourgois et Jeffrey Schonberg (2009). J'ai essayé d'adopter ce format-là dans une première version du chapitre 4 de la thèse que j'ai présentée lors d'un séminaire du réseau de recherche « Aux frontières du sans-abrisme », en décembre 2018. À cette occasion, Clara Piolatto (architecte, doctorante et membre de ce réseau) m'a soumis l'idée de réaliser un cahier photographique complémentaire du manuscrit de thèse. Cette idée m'est apparue la bonne. Premièrement, elle permet de reproduire dans le cadre de la thèse, ce qui a été expérimenté lors de l'exposition organisée à la Villa d'Hestia, à savoir une mise en dialogue des images et du texte qui n'est pas prédéfinie et qu'il revient au lecteur d'inventer : le lecteur peut regarder les photos sans avoir lu le texte, il peut les regarder seulement après avoir lu le texte, parcourir ensemble le texte et les images… Deuxièmement, le cahier photographique ne sépare pas les photos les unes des autres, comme cela aurait pu être le cas si elles avaient été réparties dans le manuscrit de thèse. Les rassembler permet de déceler la récurrence de certains espaces, de certains types de lieu ou de certaines personnes. Ces motifs qui se répètent et qui reviennent valorisent également des éléments rares et exceptionnels. Le lecteur se retrouve alors dans une position proche de celle que j'ai eue lorsque j'ai découvert pour la première fois les photos. Confronté aux photos, il est invité à regarder chaque photo pour elle-même mais aussi comme une partie d'un tout, d'autres photos qui lui font écho. Les seules informations dont il bénéficie sont celles du nom du photographe, qui n'est parfois même pas connu.

Ce cahier photographique, complémentaire et indépendant du manuscrit de thèse, tente de s'inspirer du bel ouvrage de James Agee et Walker Evans, *Louons maintenant les grands hommes* (2012 [1941]). Le livre débute par 62 photos de Walker Evans : des portraits, des lieux de vie, des bâtiments ou des objets se succèdent sans un mot, sans une explication. Le lecteur, en tout cas telle en fut mon expérience, regarde les photos avec attention pour leur donner sens, pour surmonter le trouble auquel il est confronté, seul face à ces photographies. Dans un second temps, la lecture du texte de James Agee, ses descriptions rigoureuses et minutieuses, qui en font d'ailleurs un modèle d'inspiration pour les sociologues (Becker, 2002 [1998], p.138-142), amène à revenir aux photographies. Son texte permet de les regarder autrement, de les recontextualiser et de les comprendre différemment. C'est cette expérience de « trouble » et de « va-et-vient toujours relancé » entre les images et le texte, pour reprendre les mots précédemment cités de Georges Didi-Huberman (2012, p.17), que je souhaite favoriser chez le lecteur.

3/ L'héritage de la tradition sociologique de Chicago

Pour terminer cette section, et ce chapitre méthodologique, je propose de penser ce travail de terrain mené à la Villa d'Hestia dans le cadre d'une « ethnographie coopérative » (Joseph, 2015). L'ethnographie coopérative ne renvoie pas à une méthode clairement définit qu'il s'agirait d'appliquer et de mettre en œuvre. Elle me semble plutôt correspondre à une démarche d'enquête qui repose sur un triple *souci* qui guide et oriente l'enquêteur sur son terrain : un souci d'enquêter avec les personnes et de penser les formes de coopération inhérentes à l'enquête (a) ; un souci de rendre partageable sur le terrain les données et les résultats de l'enquête (b) ; et un souci de considérer les prises qu'offre l'enquête ethnographique aux acteurs du terrain pour repenser certaines de leurs activités (c). Cette démarche ne se prétend pas originale, elle s'inscrit, comme je le montrerai, dans la tradition sociologique de Chicago (Chapoulie, 2001) et dans son héritage pragmatiste (Joas, 2002).

a/ La coopération entre l'enquêteur et les enquêtés

Depuis Kurt Lewin (1946), considéré l'inventeur du terme, de nombreuses expressions sont venues renommer la « recherche-action » : « recherches-actions collaboratives » (Les chercheurs ignorants, 2015), « recherche interventionnelle » (Bessin & *al.*, 2015), « recherches participatives » (Godrie, 2017), « sociologie d'intervention » (Herreros, 2009 [2020]), « recherche collaborative » (Morrissette, 2013). Ces appellations, qui renvoient à des approches plus ou moins définies, ont en commun de penser les usages de la recherche hors du monde académique et ses conséquences sur l'action. Mon enquête à la Villa d'Hestia s'inscrit dans ce type de démarches. Et dans cette myriade d'appellations, je définis mon travail de terrain à la Villa d'Hestia comme une « ethnographie coopérative » ; une qualification qui permet d'inscrire mon enquête dans la tradition sociologique de Chicago. En effet, Isaac Joseph (2015) rencontre cette expression dans l'ouvrage d'Ulf Hannerz (1983 [1980]) qu'il a lui-même traduit, *Explorer la ville.* Dans le premier chapitre de l'ouvrage, consacré aux « ethnographes à Chicago » au début du XX^{e} siècle, il écrit ceci :

> « Dans son introduction à la nouvelle édition du livre de Shaw, *The Jack-Roller*, Howard Becker (1966) fait observer que les travaux de l'école de Chicago forment une mosaïque – encore cette métaphore – dans laquelle chaque pierre contribue à la formation du tout et sert d'arrière-plan de référence aux autres. À lire, par exemple cette histoire de vie où Stanley, le faux-jeton, commence à voler avec ses copains, on

> peut se souvenir de l'étude de Trasher sur les bandes et le vol, et lorsque, à un moment donné de sa vie, il se trouve dans le West Madison Street, on peut faire appel à Anderson pour une description plus détaillée de cette "souche principale" du hobo. Il y a là une véritable ethnographie coopérative, car, si cette mosaïque ne constitue pas un tableau de la ville de Chicago dans son ensemble, elle nous offre au moins une image plus riche de l'environnement urbain d'un groupe social particulier ou d'une institution donnée, image que nous aurions du mal à obtenir à partir d'une seule étude » (Hannerz, 1983 [1980], p.78).

Certains aspects de l'enquête de Clifford Shaw (*The Jack-Roller*, 1930) entrent en résonnance avec celles de Frederic Trasher (*The Gang*, 1927) et de Nels Anderson (*The Hobo. The Sociology of Homeless Man*, 1923[91]). Les enquêtes de cette « première école de Chicago », centrée sur l'écologie urbaine (Joseph & Grafmeyer, 2009 [1979] ; Chapoulie, 2002), se complètent et se répondent. À la ville comme « mosaïque de petits mondes qui se touchent sans s'interpénétrer » (Park, 2009 [1925], p.125) se superpose une mosaïque d'enquêtes. L'ethnographie coopérative renvoie donc au fait que les sociologues, par leurs enquêtes respectives, *coopèrent* à produire un savoir sur la ville et certains de ses habitants ; la coopération se situe au niveau des enquêteurs et de leurs enquêtes.

À cette première acception s'en ajoute une seconde, plus importante au regard des enjeux méthodologiques qu'elle soulève, qu'il est possible de distinguer à partir des travaux de Jennifer Platt – même si elle n'emploie pas elle-même l'expression d'« ethnographie coopérative ». Ses travaux se sont portés sur la première école de Chicago. Elle a par exemple déconstruit le « mythe de l'observation participante » (Platt, 1983), même si Daniel Cefaï souligne que ce diagnostic « sous-estime le fait que la question de l'observation participante était déjà clairement posée à l'époque » (Cefaï, 2003, p.501). Dans un autre article, sur lequel je souhaite m'arrêter, Jennifer Platt (2003 [1994]) interroge cette fois le « mythe des données de première main ». À partir d'une discussion des ouvrages de Paul Cressey (*The Taxi-Dance Hall*, 1932), de Frederic Trasher (*The Gang*, 1927), de William Isaac Thomas (*The Unajusted Girl*, 1923) et de Harvey Zorbaugh (*The Gold Coast and the Slum*, 1929), elle montre que « les données utilisées n'étaient pas souvent collectées par le chercheur lui-même, ni même par un collègue sociologue » (Platt, 2003 [1994], p.150). Celles-ci étaient le résultat d'une « collaboration, à l'intérieur même du département de sociologie, mais aussi entre l'un des membres de ce département et des agences extérieurs » (*Ibid*. p.145). Les données provenaient d'institutions judiciaires ou policières, des personnes étaient payées pour rédiger leurs récits de vie, des travailleuses sociales transmettaient des « recueil de cas » qu'elles

[91] Des trois ouvrages cités, il est le seul traduit en français.

avaient elles-mêmes élaborés et des réformateurs sociaux partageaient les données issues d'enquêtes sociales qu'ils avaient menées sur un quartier ou sur certains groupes sociaux. Dans le cadre de ces collaborations, « la frontière entre la collecte de données purement sociologiques et celle d'autres données était brouillée » et les relations internes et externes au département de sociologie de l'Université de Chicago « semblent avoir promu une conception des données comme un bien commun plutôt qu'une propriété individuelle » (*Ibid*. p.152). Cette idée de « bien commun » est forte et il faut en mesurer les conséquences pour le statut des données : elles circulent, elles sont reprises et réappropriées au sein d'une communauté d'enquêteurs – j'y reviendrai.

Une seconde acception de l'ethnographie coopérative émerge alors : les sociologues coopèrent avec des non chercheurs[92], qui n'en sont pas moins des enquêteurs, qui produisent des données variées (cartographie, statistiques, recueil de cas et d'histoires de vie) qui vont être réutilisées dans leurs analyses. La tradition sociologique de Chicago nous invite donc à penser des formes d'enquête où l'« observation participante » est indissociablement liée à l'« observation coopérative[93] ». Cette manière d'appréhender l'enquête de terrain comme *entreprise coopérative*[94] est l'un des fils directeurs de la tradition sociologique de Chicago qui, comme l'affirme Jean Peneff, « est allée jusqu'au bout de la transformation de statut attribué à l'observé ou au questionné, passants d'individus-sujets à informateurs puis à collaborateurs (Peneff, 2009, p.217). L'« enquêté » n'est jamais qu'un « enquêté » ou qu'un « informateur » comme en témoignent avec justesse plusieurs recherches sur le sans-abrisme se réclamant de cet héritage sociologique : je pense à Mitchell Duneier qui coopère avec les *unhoused* de Greenwich Village, en particulier Hakim Hasan qui signe la postface de son ouvrage *Sidewalk* (1999), qui lit une première version de l'analyse qui relance l'enquête et avec qui il enseigne durant un semestre ; ou encore à Pascale Pichon qui coécrit et cosigne avec Tierry Torche, un ancien sans-abri, un ouvrage sur la « sortie » de rue (Pichon & Torche,

[92] Commentant les travaux rattachés à la tradition sociologique de Chicago, Jean Peneff écrit : « Une sociologie qui exclut les amateurs encourage le mythe du sociologue démiurge. Entre la société et le sociologue s'enracine dès lors l'image de l'homme seul face au monde qu'il interprète : héros charismatique, chef qui trace la voie, intellectuel universel. Une profession a besoin d'auxiliaires et non de prophètes. Une discipline sans amateurs meurt ! » (Peneff, 2009, p.218).

[93] Daniel Cefaï précise que le terme d'observation participante a été « conçu par Eduard C. Lindeman » en 1924 dans son ouvrage *Social Discovery : An Approach to the Study of Functional Groups*. Dans cet ouvrage, il emploie aussi le terme d'« observation coopérative » (Cefaï, 2003, p.501).

[94] Elliot Liebow, qui s'inscrit dans la tradition sociologique de Chicago, écrit, à propos des femmes sans abri qu'il a rencontré durant son enquête, que « depuis qu'elles savent ce que j'essayais de faire et qu'elles m'ont autorisé à le faire, elles peuvent aussi bien être considérées comme des *collaboratrices* de ce qui pourrait être vu comme une *entreprise coopérative* » (Liebow, 1993, p.XVI, je traduis et je souligne).

2011). Cette manière d'enquêter avec des « informateurs » qui sont d'abord des personnes « informées » et avec des « enquêtés » qui sont potentiellement des « co-enquêteurs » permet de mieux appréhender le terrain et ce qu'il s'y passe comme l'indique Pascale Pichon, en revenant sur l'ethnographie coopérative à la fin de son Habilitation à Diriger des Recherches :

> « Le terme de compétences repose sur un parti pris : celui de considérer que les connaissances utiles au projet urbain, ne relèvent pas exclusivement de l'expertise savante ou technique mais aussi de l'expérience ordinaire de tout un chacun. La sociologie phénoménologique, largement explorée dans l'ethnographie du monde des SDF, en effaçant la rupture épistémologique entre la construction des savoirs savants ou experts et celle des savoirs ordinaires ou profanes s'appuie également, sur ce terrain, sur les savoirs construits par l'expérience du quotidien, par les routines, et reconnaît la démarche cognitive et pratique (ou expérimentale) qui les accompagne, équivalent à celle de la démarche scientifique. Elle demeure un recours pour repenser les modalités de construction de la connaissance et ses cadres de validation […]. Chaque savoir ordinaire ou savant s'alimente par ailleurs de savoirs experts autres que ceux qui lui sont propres puisque aucun ne peut embrasser la complexité du monde sociale » (Pichon, 2007, p.107).

Le propos, qui s'appuie sur l'expérience d'une enquête consacrée aux transformations urbaines, est transposable à d'autres terrains. L'enquêteur se doit d'enquêter *avec* les personnes qu'il rencontre sur le terrain car c'est seulement dans cette coopération qu'il sera en mesure de comprendre les situations qu'il observe. « L'activité d'enquêter […] est bien une forme de coopération, à laquelle participent activement "enquêteurs" et "informateurs", dans des jeux d'interaction au cœur desquels émerge une réflexivité de concert. La réflexivité se joue dans les intervalles de la relation entre enquêteurs et enquêtés » (Cefaï, 2003, p.525-526). Cette coopération repose sur une perspective qui reconnaît la complémentarité et l'expertise des savoirs expérientiels des personnes, y compris des sans-abri. Comme l'écrit Isaac Joseph, « penser la pauvreté dans une communauté élargie, c'est accorder à tous, les pauvres et les SDF y compris, une capacité morale à juger de leur expérience et un pouvoir normatif, qu'ils exercent dans leur langage et avec leurs ressources cognitives et pratiques, pouvoir qui fait d'eux des "entrepreneurs de morale". Ce n'est pas une hypothèse idéaliste, c'est une simple présomption d'égalité » (Joseph, 2007 [2003], p.431). Cette présomption d'égalité se retrouve dans le travail de terrain mené à la Villa d'Hestia. Dans les deux « enquêtes dans l'enquête » que j'ai relatées, le travail de terrain reconnaît cette capacité morale des sans-abri et des professionnels et cherche à comprendre leurs analyses du monde social à travers différents outils méthodologiques.

b/ Mise en accessibilité des données et des résultats de l'enquête

L'ethnographie coopérative, telle que la conçoit Isaac Joseph, tire les conséquences de cette coopération dans le recueil des données. Comme il l'écrit, « *observer c'est coopérer* et ceci a des conséquences sur la nature des données, puisque coopérer dans l'observation, c'est considérer que les données sont publiques, accessibles et disputables » (Joseph, 2015). On retrouve l'idée évoquée par Jennifer Platt (2003 [1994]), d'une conception des données comme un « bien commun ». L'ethnographie coopérative met au centre de la démarche d'enquête la circulation et la mise en partage de données mais aussi de résultats issus de l'enquête de terrain. Un tel principe oblige l'enquêteur à produire des traductions de l'analyse, comme invite à le penser Daniel Cefaï dans le cadre d'un pragmatisme ethnographique :

> « Du point de vue de la production des savoirs scientifiques, l'ethnographe est un *traducteur* : il fait le joint entre plusieurs scènes publiques. Il n'est pas seulement l'opérateur d'une diffusion ou d'une vulgarisation des savoirs scientifiques. Il est sans cesse en train d'"augmenter" ces savoirs, de les reformuler pour les rendre pertinents, de changer de code selon l'adresse à de nouveaux publics, de multiplier les prises de position selon les enjeux. Dans cette activité de traduction, ce sont de nouveaux aspects de l'objet ethnographique qui apparaissent, tandis que s'enrichissent le corpus de données et le réseau de concepts et d'analyses qui permettent de l'appréhender. L'enquête continue » (Cefaï, 2010b, p.469).

Cette activité de traduction comprend deux dimensions : d'une part, il s'agit d'expérimenter une multiplicité de formats pour rendre accessibles les résultats de l'enquête sur différentes scènes, dans différents « mondes sociaux » (Strauss, 1991 [1978a] ; Cefaï, 2015) qui ont leurs propres langages et leurs propres codes. D'autre part, rendre partageables les résultats de l'enquête est un temps du processus d'enquête qui permet le recueil de nouveaux éléments. C'est ce que nous avons vu à propos de l'enquête sur l'alcool et de l'enquête photographique. Différents formats ont été expérimentés : micro-restitutions informelles, rapport écrit, journée de travail avec une présentation orale d'une analyse, exposition photographique. Et chacune de ces traductions a essayé de s'adresser à différentes personnes : des professionnels, des patients et des voisins de la Villa d'Hestia qui habitent le quartier. Ces formats se définissent au cours des situations, au gré des rencontres et sont complémentaires. Ils ont des intérêts et des limites qui invitent à les reprendre, à les adapter et les ajuster. Par exemple, les micro-restitutions lors de l'enquête sur l'alcool permettaient d'informer les personnes du processus d'enquête tout en les invitant à réagir à des hypothèses que je pouvais formuler ou à des idées que j'avais recueillies ; en revanche, elles créaient une sorte de déséquilibre puisque je ne

pouvais pas donner autant d'éléments à toutes les personnes. C'est pourquoi le choix a été fait avec Élodie Jouve de rédiger un rapport écrit pour chaque professionnel puisse s'appuyer sur un socle commun.

Cette mise en accessibilité des analyses est distillée au fil du terrain et, de manière récursive, chaque scène de mise en accessibilité offre de nouveaux matériaux et participe de l'analyse. Rendre compte favorise et suscite le recueil de nouvelles données : l'exposition photographique rend compte de certaines dimensions de la cohabitation, au sein de l'institution et du quartier, tout en permettant de saisir de nouveaux éléments relatifs à cette question lorsque j'échange avec des voisins. L'activité de traduction et de mise en accessibilité pousse les personnes rencontrées sur le terrain à en dire *plus* et à dire *autrement*. Rendre partageable les données et les résultats issus de l'enquête contribue également, par l'enquête, à la formation d'un « public » entendu comme une communauté d'enquêteurs engagée dans la résolution d'une situation définie comme problématique (Zask, 2008). Ce souci est central dans la conception qu'a Isaac Joseph de l'ethnographie coopérative :

> « La place de l'ethnographie coopérative au sens d'Isaac Joseph est à la fois empirique et pratique. Elle consisterait à coopérer, tout en l'observant, à la construction d'une communauté d'enquêteurs mutuellement qualifiés dont le rôle serait de faire émerger un public référence, lui-même formateur d'individus dont les modes de raisonnement politique correspondent à l'idée de la "démocratie comme mode de vie". Pour cela, le rôle du sociologue tient dans la production et dans la distribution de connaissances à toutes les parties identifiées et concernées. La diffusion des informations est évidemment essentielle, car elle seule garantit l'émergence d'un public à la différence d'une masse » (Tonnelat, Jolé & Kornblum, 2007, p.290).

C'est à travers cette transmission des informations, cette diversité de comptes rendus et ces multiples opérations de traduction que l'ethnographie favorise l'articulation entre les dimensions empirique et pratique.

c/ Des prises pour réimaginer l'action

Dans la perspective d'une ethnographie coopérative, « l'engagement ethnographique » (Cefaï & *al*. (dir.), 2010) est aussi un engagement politique. Il ne s'agit pas d'un militantisme partisan qui s'enroberait d'un vocabulaire scientifique et sociologique pour faire passer des convictions. La dimension politique est ailleurs. En enquêtant au plus près des situations et des personnes, l'enquête ethnographique permet de les comprendre sous un nouveau jour et

« donne des prises à l'action » en étant elle-même « une action aux conséquences directes sur le milieu qu'elle étudie » (Cefaï, 2010b, p.467). Cette perspective ethnographique fait sienne les réflexions de John Dewey pour qui « seules la "méthode de l'intelligence", l'enquête et les sciences sociales peuvent mener les *citoyens eux-mêmes* à planifier des réformes sociales et à contrôler leurs conséquences » (Zask, 2015, p.74). Une telle conception de l'enquête nous ramène encore une fois à Chicago, au tournant du XIX^{e} siècle et du XX^{e} siècle, où l'enquête sociologique et l'enquête sociale étaient indissociablement liées.

Retraçant la naissance de la sociologie à Chicago, Jean-Michel Chapoulie (2001) rappelle la proximité entre les sciences sociales et le mouvement progressiste des réformateurs sociaux. En 1889, trois ans avant la création de l'Université de Chicago, Jane Addams ouvre avec Florence Kelley, *Hull House*, un *settlement* situé dans un quartier pauvre de la ville, où elles vivent, où elles proposent des rencontres et des services aux habitants. En s'inspirant des travaux de Charles Booth sur les classes populaires londoniennes, les résidents de *Hull House* s'engagent également dans des enquêtes sociales orientées sur les problèmes sociaux – les conditions de logement et d'hygiène par exemple – qu'ils vivent dans leur quartier. Dans cette perspective pragmatiste, dont elle est l'une des représentantes, Jane Addams conçoit l'enquête sociale de la façon suivante :

> Elle est « conçue comme un aspect essentiel de la construction d'une démocratie plus large, puisqu'il s'agit de susciter, par l'activité collaborative, l'émergence d'un savoir connecté aux valeurs des personnes et à leur histoire, ainsi qu'un engagement participatif ouvert. L'enquête communautaire, conduite *sur, pour* et *par* les communautés prises comme des organismes sociaux vivants, est ainsi un processus d'apprentissage qui réunit théorie et action de façon critique et expérimentale et qui vise, au-delà d'une forme de gouvernement, une démocratie concrète pour tous » (Bruce & Jung, 2019, p.8).

Ces enquêtes fonctionnent sur un modèle coopératif et participatif, les personnes affectées et concernées par un trouble s'engagent dans une enquête, entendue comme « un moment de réorganisation de la conduite en fonction des obstacles (intellectuels ou matériels) auxquels elle se heurte » (Zask, 2008). Ces enquêtes – notamment les *Hull House Maps and Papers*, en 1895 – précèdent et influencent les sociologues de l'Université de Chicago (Chapoulie, 2001, p.30 ; Platt, 2003 [1994], p.140 ; Gareneau & Namian, 2017). Elles se multiplient dans une ville où d'autres *settlement*, sur le modèle du *Hull House,* voient le jour. Le département de sociologie, créé en 1892, entretient des liens étroits avec ce mouvement d'enquêtes sociales, notamment par des collaborations dans des enquêtes et une préoccupation partagée pour la

résolution des problèmes sociaux que connaît la ville de Chicago. À la fin du XIX[e] siècle et au début du XX[e], les imbrications entre enquêtes sociales et enquêtes sociologiques sont très fortes :

> « Il n'y a pas de coupure nette entre les études de sociologie et certaines études à finalités "pratiques", et la sociologie ne peut être caractérisée par son détachement de ce genre de finalités. Ce point ne mériterait pas d'être souligné avec une telle insistance si les interprétations postérieures de leur histoire par les sociologues n'avaient pas presque unanimement accentué la distance et l'autonomie de la nouvelle discipline, là où leurs prédécesseurs étaient portés à mettre en avant des finalités pratiques autant que des justifications en termes de "science" et de "savoir objectif" » (Chapoulie, 2001, p.55).

Les relations entre le mouvement d'enquêtes sociales et la sociologie se reconfigurent au tournant des années 1910-1920, en particulier sous l'impulsion de Robert E. Park, qui commence à enseigner au département de sociologie de l'Université de Chicago en 1913 avant d'y être nommé professeur en 1923 :

> « Il y avait une véritable rupture avec les enquêtes sociales que menaient auparavant les réformateurs sociaux. En dépit de leur engagement dans les rangs du *social gospel* ou de leur participation active à des associations philanthropiques, les sociologues de Chicago, dès les années vingt, se démarquent clairement des "bienfaiteurs de l'humanité", les "bonnes âmes" (*do-gooders*), comme R. Park qualifiait ses consœurs de Hull House ou de la School of Civics and Philanthropy. À vrai dire, la visée réformatrice n'est pas totalement court-circuitée dans les travaux pionniers auxquels Park prend activement part […]. Mais le projet scientifique a sa propre légitimité et n'est plus directement subordonné à des visées morales ou politiques » (Cefaï (dir.), 2003, p.40-41).

Si la sociologie n'est plus « subordonnée » aux visées morales et politiques constitutives des enquêtes sociales, elle n'en garde pas moins un souci de contribuer aux réflexions et aux réponses apportées aux problèmes sociaux. Jennifer Platt rappelle d'ailleurs que les travaux des années 1920 et 1930 « renvoient d'une façon ou d'une autre à des "problèmes sociaux" » et « les chapitres qui formulent en fin d'ouvrage des recommandations sont monnaie courante » (Platt, 2003 [1994], p.153). C'est par exemple le cas du *Hobo* de Nels Anderson qui « partage […] avec une bonne partie des monographies postérieures le souci d'apporter une contribution à la "solution" des problèmes sociaux du secteur étudié – ce qui montre une nouvelle fois que la coupure entre réforme sociale et sociologie, en faveur de laquelle plaidaient avec tant de vigueur Thomas et Park dans leurs enseignements et leurs publications, était loin d'exister aussi clairement sur le terrain » (Chapoulie, 2001, p.386). Ces enquêtes sociologiques, à travers les cas et les histoires de vie dont elles rendent compte, apportent un

éclairage nouveau et décalé sur certains problèmes sociaux. S'il faut se méfier de certains de ces chapitres conclusifs, qui ne sont pas toujours signés des auteurs eux-mêmes[95] et qui peuvent formuler des propositions normatives dissociées de l'enquête, ils me semblent indiquer une perspective où l'enquête sociologique ne perd jamais de vue les conséquences non académiques de ses résultats et les appropriations qui peuvent en être faites en dehors du monde universitaire. Ce souci, que je partage, est indissociablement lié au terrain d'enquête. Comme je l'ai précédemment indiqué, en entrant dans ces institutions de l'urgence sociale où les troubles sont omniprésents, l'enquête ethnographique suscite des interrogations et de l'intérêt, notamment de la part des professionnels qui peuvent y voir un moyen de prendre du recul sur leurs pratiques. Je pense que le chercheur ne peut pas faire abstraction des éventuelles demandes qui peuvent surgir des enquêtes pour travailler avec eux. Plus encore, il me semble indispensable de s'embarquer dans ces formes de coopération car ce sont elles qui vont permettre à l'enquêteur de saisir ce qu'il se passe sur le terrain, d'être au plus près des pratiques des individus. Ma posture fait écho, dans un certaine mesure, à celle de Kim Hopper qui, enquêtant sur le sans-abrisme, estime que « le travail ethnographique reste inachevé s'il s'en tient seulement au moment de la description et du commentaire » (Hopper, 2010, p.475). En circulant entre les personnes, l'enquêteur accèdent à une pluralité de pratiques et de points de vue. Sur cet aspect, Howard S. Becker raconte que « Hughes disait souvent : "Il n'y a rien que je sache qu'au moins un des membres de ce groupe ne sache également, mais, comme je sais ce qu'ils savent tous, j'en sais plus que n'importe lequel d'entre eux" » (Becker, 2002 [1998], p.166). Ces connaissances multiples permettent de faire émerger des analyses qui sont remises en partage sur le terrain pour favoriser la réflexivité des acteurs et, éventuellement, ouvrir des pistes pour réimaginer l'action. Lorsqu'un patient évoque l'idée d'un « jardin partagé » au sein de la Villa d'Hestia avec des voisins du quartier ou lorsqu'une voisine mentionne qu'elle pourrait peut-être venir prendre des photos avec les personnes sans abri accueillies, l'enquête ethnographique offre des prises pour repenser la cohabitation. En circulant, l'enquête recueille ce qu'on pourrait appeler un ensemble de « propositions silencieuses », *déjà là,* qui sont révélées par l'enquête, qui émergent de la description de certaines situations ou qui proviennent de personnes qui les partagent peu voire uniquement à l'ethnographe. Comme l'écrit Joëlle Zask : « Outre qu'une telle enquête conduit les chercheurs à assumer la responsabilité des effets qu'ils produisent en faisant irruption dans la

[95] Jean-Michel Chapoulie rapporte que selon Nels Anderson lui-même les recommandations à la fin de son ouvrage sur *Le Hobo* ont été rédigées par Ernest Burgess (Chapoulie, 2001, p.386).

vie d'étrangers et en se percevant eux-mêmes comme étrangers, elle associe les enquêtés à un processus de découverte et les dote, dans une certaine mesure, d'outils qui leur permettent de connaître leurs conditions de vie d'une manière qui leur apporte plus de liberté et d'opportunités d'action » (Zask, 2004, p.162). L'ethnographie coopérative repose ainsi sur une exigence empirique qui ouvre des horizons pratiques.

***

Cette seconde section, en se focalisant sur l'ethnographie coopérative conduite à la Villa d'Hestia a poursuivi l'autoanalyse amorcée dans la première section. En retraçant une enquête sur l'alcool et un projet photographique, j'ai exposé les places qui furent les miennes sur le terrain, entre recherche et action : à la fois chercheur qui se souci toujours des conséquences de son travail d'enquête pour l'action et acteur sur le terrain qui se préoccupe toujours de recueillir des données pour affiner sa compréhension de ce qu'il se passe. Une manière de s'engager sur le terrain qui s'inscrit dans la tradition sociologique de l'école de Chicago et dans une conception pragmatiste de l'enquête ethnographique.

J'ai essayé de présenter dans ce chapitre mes terrains et la manière dont j'ai enquêté pour que le lecteur puisse situer et comprendre mon analyse. C'est à ce travail analytique que je vais maintenant m'atteler dans les quatre prochains chapitres.

Partie 1 : Quand l'accès aux soins s'accomplit entre le monde médical et le monde de l'assistance

L'accès aux soins des personnes sans abri est une action publique organisée à la croisée de deux « mondes sociaux » : le monde médical et le monde de l'assistance. C'est autour de ce concept de monde social, héritée de l'interactionnisme (Strauss 1992 [1978a] ; Becker, 2010 [1982] ; Cefaï, 2015), que cette première partie de la thèse est construite. Les mondes sociaux sont multiples, de tailles différentes, rattachés à des sites précis ou pas, avec des frontières plus ou moins perméables, organisés de différentes façons (Strauss, 1992 [1978a], p.272). Reprenant quatre caractéristiques proposées par Thomas Shibutani, Anselm Strauss définit ainsi un « monde social » :

> « Chaque monde social est "univers de *réponse réciproque* régularisée". "Chacun est une *arène* dans laquelle existe une sorte d'organisation." "Chacun est, également, une "*aire culturelle*" dont les frontières ne sont délimitées ni par un territoire, ni par une appartenance formelle mais par les limites d'une *communication* efficace" » (Strauss, 1992 [1978a], p.269, souligné par Strauss).

Les membres d'un monde social en maîtrisent les règles formelles et informelles qui régissent les conduites, les manières d'être, de faire et de parler qui y sont attendues. Daniel Cefaï, revenant sur le concept de monde social, écrit à ce propos :

> « Lorsque je partage un monde social avec d'autres, je peux voir, sentir et penser de la même façon qu'ils voient, sentent et pensent et en cas de malentendu dans le cours de nos actes de coopération ou de communication, il nous est toujours possible d'en rechercher les raisons, de réfléchir et de corriger cet état de fait afin de revenir à une perspective commune. Il en va de même pour les opérations d'évaluation et de jugement qui ont cours dans un monde social, dont la plupart vont de soi : les participants d'un monde familial, professionnel, religieux, organisationnel… savent plus ou moins ce qui compte pour les autres participants » (Cefaï, 2015).

L'activité, dans un monde social, s'apparente à ce que George Herbert Mead (2006 [1934]) nomme des « tendances à agir », des habitudes potentiellement révisables, des « orientations actualisées en situation, largement dépendantes des circonstances, activables sans forcer, sans résistance, avec aisance » (Gardella, 2014a, p.624). Cette perspective en termes de mondes sociaux se complexifie et gagne en intérêt lorsqu'on rappelle, d'une part, que les mondes sociaux sont multiples, qu'ils comprennent des « micro-mondes » (Strauss, 1992 [1978a], p.274) qui « s'entrecroisent » (*Ibid*.) et, d'autre part, que les personnes ne sont jamais statiques mais circulent entre les mondes. C'est ce mouvement, cette « formidable fluidité » (*Ibid*., p.275) des mondes et des personnes au sein des mondes, ces rencontres et ces croisements qui vont nous intéresser dans cette première partie de la thèse.

Ce concept de monde social s'est rapidement imposé à moi. En menant mon enquête de terrain au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, j'ai circulé dans une diversité d'institutions qui possédaient des similitudes et des différences en termes de professionnels présents, de fonctionnements, de vocabulaires employés ou de missions. Progressivement, j'ai pu regrouper certains de ces environnements tout en les séparant d'autres. C'est ainsi que j'ai distingué le monde de l'assistance et le monde médical. Le premier réunit l'ensemble des institutions accueillant des sans-abri, comme les structures d'hébergement, les accueils de jour, le 115 ou les équipes mobiles d'aide. Il est composé essentiellement de travailleurs sociaux et de bénévoles. Le second monde social comprend l'ensemble des institutions et des lieux de soins : les hôpitaux, les cabinets de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux ou encore les pharmacies. Au sein de ce monde médical, on peut distinguer d'autres mondes – celui de la psychiatrie et de l'addictologie –, de tailles différentes, impliqués dans l'accès aux soins des sans-abri.

Cette première partie est consacrée à ces deux principaux mondes sociaux : le chapitre 2 s'intéresse au monde médical et se concentre plus spécifiquement sur l'institution hospitalière ; le chapitre 3 s'intéresse au monde de l'assistance et se concentre plus spécifiquement sur les institutions d'hébergement. En suivant un « interactionnisme conséquent, avec son double accent sur les contraintes et la créativité des groupes et des individus » – tel que le préconise Anselm Strauss pour interroger les mondes sociaux (Strauss, 1992 [1978a], p.281) – il s'agira à la fois de comprendre comment les activités de cadrage des patients sans abri s'accomplissent *au sein* de ces mondes et comment des professionnels et des sans-abri circulent *entre* ces mondes.

Chapitre 2 – Franchir les portes de l'hôpital

L'hôpital, institution emblématique du monde médical, a une longue histoire, indissociablement liée au monde de l'assistance. Il ne s'agit pas de la retracer, d'autres travaux l'ont fait (Gutton, 1971 ; Faure, 1982 ; Geremek, 1987 ; Foucault, 2010 [1972]). Historiquement lieu d'asile des pauvres, c'est à partir de la fin du XIX^{e} siècle que l'hôpital commence à se centrer sur la fonction médicale. Le XX^{e} siècle voit cette médicalisation s'intensifier et l'hôpital se séparer progressivement mais sûrement de ses missions originelles d'assistance et d'accueil des plus pauvres, comme le résume Isabelle Parizot :

> « La loi hospitalière de 1970 limite par ailleurs la mission des établissements au domaine médical : le social doit être pris en charge ailleurs, par des professionnels compétents et adaptés, afin que l'hôpital puisse se vouer totalement à la pathologie médicale. Fait significatif le terme "hospice" (dont l'origine latine, *hospitalis*, soulignait sa fonction d'hébergement) disparaît en 1975 des textes législatifs. Sémantiquement, symboliquement et institutionnellement, le médical et le social sont séparés. Ces lois ne font en réalité qu'institutionnaliser une tendance plus ancienne, puisque les deux derniers siècles ont marqué l'abandon progressif par l'hôpital de sa mission sociale d'accueil des pauvres, de plus en plus distinguée de l'objectif sanitaire » (Parizot, 2003, p.48).

Si l'hôpital se distingue de sa mission sociale passée d'assistance, comment sa mission médicale s'accomplit-elle envers des personnes définies comme « sans-abri » ? Comment la question sociale, qui est aussi une question urbaine dans le cas du sans-abrisme, revient-elle à l'hôpital ? Comment les professionnels hospitaliers font-ils face à ces patients ? Comment les accueillent-ils ? Telles sont quelques-unes des questions qui seront abordées dans ce chapitre. Pour y répondre, je propose dans ce chapitre une réflexion en trois temps, qui correspondent aux trois sections. La première section interroge l'accueil des sans-abri qui se présentent seuls à l'hôpital. Dans ces situations, les personnes sans abri apparaissent aux yeux des professionnels hospitaliers comme des patients qui vont susciter des problèmes de prise en charge au regard du contexte institutionnel. En s'appuyant sur des expériences vécues et des représentations sur les personnes sans abri, les professionnels affublent les patients d'une

« étiquette SDF » (Bresson, 1997) qui participe de leur *désingularisation* et de leur *incapacitation*. Ces difficultés, réelles et anticipées, à prendre en charge les sans-abri ne sont pas nouvelles et favorisent dans les années 1990 la création de dispositifs hospitaliers dédiés à l'accès aux soins des sans-abri. Dans une deuxième section je reviendrai donc sur la genèse de deux équipes hospitalières lyonnaises – Interface SDF et l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital – dont la naissance est indissociablement liée à la création d'un Samu Social non médicalisé dans cette agglomération. Sortir de l'hôpital pour mieux y re-entrer ; tel pourrait être le mot d'ordre de ces équipes. Dans une troisième section je décrirai et analyserai les pratiques d'accompagnement des sans-abri à l'hôpital, mais aussi chez des médecins généralistes, mises en œuvre par les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Nous verrons qu'ils endossent un rôle de « porte-parole » qui favorise la considération des singularités des patients sans abri.

Section 1 – Les sans-abri : des patients difficiles ?

Mon travail de terrain m'a régulièrement amené à l'hôpital en accompagnant les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Cependant, il m'est arrivé quelques fois d'observer des situations sans ces tiers, réunissant un patient sans abri, un professionnel hospitalier et moi-même. Dans cette première section je souhaite revenir sur deux de ces observations : l'une, esquissée en introduction, concerne la visite médicale de Monsieur Claude chez un gastroentérologue ; l'autre est une interaction entre une cadre de santé et Éric autour de sa fin de séjour à l'hôpital. Complétée par des entretiens avec les deux infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, cette section interroge les sans-abri comme des patients qui représentent, pour les professionnels hospitaliers, des difficultés anticipées ou réelles, qui prennent sens au regard du contexte institutionnel. Les difficultés anticipées reposent sur un travail de cadrage rapide, *un jugement au premier regard* qui rattache les personnes à un « type » sans-abri. Elles sont appréhendées comme des *personnes préjugées* (1). Les problèmes réels émergent dans plusieurs situations et, en particulier, lors des fins de séjours sans solution – c'est-à-dire avec un retour à la rue du patient à la suite de l'hospitalisation – qui soulèvent des épreuves pratiques et morales auxquelles les professionnels hospitaliers doivent faire face (2).

1/ Présupposer les difficultés : le patient comme personne préjugée

Comme nous l'avons vu en introduction, les processus de cadrage sont une affaire de regards. Au quotidien, les professionnels hospitaliers, médecins et infirmiers en tête, opèrent d'un coup d'œil des jugements pour définir le patient qu'ils ont en face d'eux et son état de santé. Ces regards portés sur les personnes et les corps mélangent des savoirs médicaux, des « qualifications spécialisées » (Borelle, 2017, p.8), et des savoirs de sens commun qui imbriquent des expériences vécues et des représentations partagées. À partir d'un entretien avec une infirmière ayant travaillé pendant vingt ans aux urgences, j'analyserai le rôle de ces regards sur l'accueil des sans-abri (a). Puis, en reprenant la consultation médicale de Monsieur Claude, je montrerai comment en situation le jugement du médecin s'élabore à partir de signes physiques (b) qui m'amèneront à interroger la dimension verbale et la circulation des informations demandées ou transmises au patient (c).

a/ La mise en attente des sans-abri aux urgences

Selon le rapport *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement social des personnes à un rétablissement social et citoyen*, rédigé par Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin, « les personnes sans chez soi vont avoir recours aux soins hospitaliers essentiellement via le service des urgences lors d'épisodes aiguës sur la voie publique : accidents, crises comitiales, etc. » (Girard & *al*., 2009, p.70). Focalisons-nous sur cet espace particulier de l'hôpital pour comprendre comment les personnes sans abri y sont reçues.

Les services des urgences ont la spécificité d'être ouverts à tout le monde ; les personnes y arrivent seules, par leurs propres moyens, ou accompagnées de tiers professionnels (ambulancier, pompier, policier) ou non (membre de la famille, ami voire passant). Cette diversité des publics conduit les professionnels des urgences à opérer des processus de d'évaluation, de catégorisation et, *in fine*, de sélection et de classement des patients afin de prioriser certains d'entre eux au détriment d'autres ; c'est un résultat classique de la sociologie de la santé et, plus particulièrement, des enquêtes ethnographiques sur l'hôpital et les services des urgences. Pour penser ce processus de sélection revenons à l'enquête de Barney Glaser et Anselm Strauss (2010 [1967]) qui, travaillant sur les personnes en fin de vie, ont été parmi les premiers à souligner l'importance de la « valeur sociale » (*social worth*) des

patients : de la valeur sociale accordée au patient dépend les soins qui lui sont procurés ; la valeur sociale variant selon les patients et selon les professionnels. On retrouve cette perspective chez David Sudnow (1967) qui montre comment les personnes mourantes sont traitées et comment leur mort est annoncée plus ou moins rapidement en fonction de la valeur sociale que leur attribuent les professionnels hospitaliers. Si l'âge est un critère déterminant dans la valeur sociale (Glaser & Strauss, 2010 [1967]) accordée au patient – les efforts pour réanimer un patient mourant étant, par exemple, plus importants pour un enfant que pour une personne âgée (Sudnow, 1967, p.101-103) – d'autres critères entrent en compte. Selon Julius Roth, aux urgences, « les personnes de statut supérieur dans la société sont susceptibles de recevoir un traitement plus respectueux dans le service des urgences, comme c'est souvent le cas dans d'autres services ou relations de clientèle, et, inversement, les personnes de statut inférieur sont traitées avec moins de considération » (Roth, 1972, p.841, je traduis). Les professionnels des urgences cadrent les personnes à partir d'une série d'indices qu'ils relèvent au premier regard – l'apparence physique, la tenue, la gestuelle – puis en discutant avec eux – les façons de parler, le vocabulaire employé. Et c'est au cours de ces processus de cadrage que se définit la valeur sociale du patient. Si on suit le témoignage de Fabienne, infirmière au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et qui a travaillé durant vingt ans dans un service d'urgences, la valeur sociale des sans-abri est faible :

> FABIENNE : Les SDF dans un service d'urgences c'est catastrophique dans le sens où on a des horaires à respecter et que quand une personne arrive on sait à quelle heure elle doit partir pratiquement, pour essayer de diminuer les périodes d'attente. Et avec un SDF on se met cinq heures dans la vue d'emblée. Parce qu'il y a deux secteurs : un médical, un traumato. Le SDF ne peut pas aller en traumatologie parce que de toute façon il faudra faire un bilan complet voire le laver donc voilà, il va forcément en médecine. Et en médecine il faut le déshabiller, ça veut dire douche, ça veut dire *et cætera*. Donc chaque fois qu'on peut montrer à un SDF que la sortie c'est par là, avant qu'il soit pris en charge, et qu'on note « parti avant soin », c'est cinq heures de gagner.

Fabienne décrit avec franchise son expérience de l'accueil des sans-abri aux urgences. Ses propos font écho à ceux des professionnels qui ont exercé dans les années 1990. Le Dr. Jean-Pierre Vignat[96] partage en une phrase le souvenir qu'il a gardé des sans-abri accueillis aux urgences : « Je me rappelle, ils étaient traités comme des salauds ! » Ces propos font écho à des enquêtes sociologiques qui ont montré que les sans-abri peuvent être déconsidérés par les

[96] Médecin psychiatre qui a créé l'équipe mobile Interface SDF, à Lyon, que j'analyserai dans la section 2 de ce chapitre.

professionnels des urgences qui déploient alors des techniques pour se débarrasser de ces patients indésirables, par exemple en les ignorant ou en les évitant (Roth & Douglas, 1983, p.107). Dans les propos de Fabienne apparaît un point important. Ce n'est pas tant le sans-abri en tant que sans-abri qui pose un problème dans le service des urgences, c'est le sans-abri en tant que *patient qui prend du temps*. Le discours de l'infirmière est, en effet, problématisé autour de cette question de la durée des soins. Par exemple, la douche – une tâche qui pourrait être assimilée à du « sale boulot » (Hughes, 1996, p.81) – est évoquée non comme une tâche ingrate mais, plutôt, comme une tâche qui exige du temps. Ainsi, plus encore que la valeur sociale du patient, c'est sa « valeur mobilisatrice » (Dodier & Camus, 1997a) qui conditionne la manière dont va il être accueilli et traité. Par cette notion, les auteurs résument « l'ensemble des dimensions qui font que le patient paraît plus ou moins intéressant » (*Ibid*., p.742). Parmi ces dimensions, il y a la « charge de soins ». Elle regroupe « tout ce qui se réfère à l'ampleur des moyens qu'il faut mobiliser dans un service pour administrer des soins au patient » (*Ibid*.). Les professionnels anticipent une prise en charge longue – en durée – qui participe à accentuer la « charge de soins » et donc à diminuer la « valeur mobilisatrice » du patient sans abri. Ils anticipent les problèmes que les personnes sans abri vont leur poser. Dans un service d'urgence où le temps est compté[97], les personnes sans abri apparaissent comme des cas problématiques et non prioritaires, exception faite s'il s'agit d'une urgence vitale, car elles « sont réputées représenter une charge de soin importante » (Marques, 2011, p.91). Il s'agit bien d'une représentation puisque des sans-abri peuvent se présenter aux urgences en étant propres[98], pouvant être auscultés directement sans avoir à prendre une douche, et, plus généralement, sans poser de difficultés ou en en causant moins qu'une personne ayant un

[97] Cette question du temps est centrale dans les témoignages et revendications des professionnels des services des urgences des Hôpitaux Lyon Sud et Édouard Herriot qui se sont mis en grève en début d'année 2018. Ils soulignent, dans leurs revendications, que le manque de moyens et de professionnels entraîne des temps d'attente de plus en plus long pour les patients qui peuvent être dangereux pour ces derniers, comme l'affirme un infirmier : « Une personne arrivée aux urgences pour une chute a dû attendre six heures avant d'être examinée et de découvrir une hémorragie cérébrale. Dans le cas d'un AVC, plus on traine plus on risque gros » (cité dans Gabrielle Maréchaux, « Urgences de Lyon Sud en grève : "On n'a pas envie d'attendre qu'il y ait un mort pour qu'on parle de nous" », Rue89Lyon, 22 janvier 2018). Une infirmière de l'Hôpital Édouard Herriot, à Lyon, conclut son témoignage par cette phrase : « Nous avons besoin de moyens, bien sûr, mais aussi et surtout de temps donc de personnels sereins » (Riverain, « Infirmière à l'hôpital Edouard Herriot, je vous raconte ma nuit aux urgences », Rue89Lyon, 26 février 2018).

[98] Il nous était souvent signalé, lorsque nous accompagnions des personnes à leurs consultations médicales avec l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, soit par des travailleurs sociaux soit par les personnes sans abri elles-mêmes, que ces dernières s'étaient lavées et avaient mis des vêtements propres pour leurs rendez-vous. C'est par exemple le cas lors d'un accompagnement effectué le 6 novembre 2013 avec Miroslaw chez un gastroentérologue. Lorsque, avec l'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, nous frappons à la porte du bungalow où il est hébergé, il nous fait comprendre qu'il ne peut pas aller à la consultation dans la tenue qu'il porte. Il se rend donc dans le bungalow des travailleurs sociaux pour demander des habits propres et notamment des sous-vêtements.

domicile. Ces représentations ne sont pas désincarnées, elles s'élaborent à partir d'une réserve d'expériences vécues directement ou qui ont été partagés par d'autres personnes (Schütz, 2008). Par exemple, « le souvenir d'un évènement violent lié à la prise en charge d'un patient sans-abri, peut encore perdurer longtemps après qu'il a eu lieu. À travers un processus de catégorisation, ce souvenir contribue à influencer de manière négative la mobilisation du service envers l'ensemble des patients sans-abri » (Wolff, 2018, p.167). C'est sur la base de ces expériences que les professionnels hospitaliers s'engagent dans un travail de « typification » des personnes sans abri qui contribue à les dépersonnaliser. Le « type » repose sur quelques critères qui rendent les individus interchangeables et qui ne tient pas compte des réalités multiples que recouvre la catégorie de « sans-abri » et, plus généralement, l'hétérogénéité des « pauvres » (Simmel, 2013 [1908]). Alfred Schütz définit ainsi ce travail de « typification » :

> « Plus l'anonymat augmente plus le contenu s'appauvrit. Plus la construction typifiée est anonyme, plus elle est détachée de l'unicité de l'individu en cause et moins les aspects de sa personnalité et du modèle de son comportement n'entrent dans la typification en tant que pertinents pour le but qu'on se propose, raison pour laquelle le type a été construit […]. Lorsque l'anonymisation est totale, les individus sont censés être interchangeables et la situation typique se rapporte au comportement de "n'importe qui" agissant de la manière définie comme typique par la construction » (Schütz, 2008, p.24).

Le travail de typification se construit à partir de quelques signes physiques associés à l'« étiquette SDF », comme « le manque d'hygiène », « la déchéance physique, l'aspect repoussant », ou « l'alcoolisme[99] » (Bresson, 1997, p.63). Ce sont les personnes chez qui les professionnels définissent ces caractéristiques qui vont être mises en attente. Elles incarnent un certain type « sans-abri », qui gomme les différences et les rapproche de la figure repoussoir du « clochard ». Pour reprendre le double sens de la *persona* chez Marcel Mauss (2013 [1950]), les professionnels s'arrêtent sur l'apparence, sur « masque », sans considérer « la vraie nature de l'individu » qui se cache derrière. Ils apparaissent ainsi comme des « mauvais patients »[100] (Wolff, 2018, p.150) au regard d'un contexte institutionnel qui

[99] Maryse Bresson ajoute à cette liste de caractéristiques qui accompagnent « l'étiquette SDF » : « la mauvaise volonté de travailler », « l'imprévoyance et le manque de projets d'avenir », « la violence », « le manque d'instruction et de formation », « les problèmes mentaux, le manque de volonté » (Bresson, 1997, p.63).

[100] En s'inspirant de Robert K. Merton, on pourrait soutenir que ce sont les processus de catégorisation des sans-abri comme des « individus-qui-vont-poser-des-problèmes » qui vont entrainer certaines pratiques de la part des professionnels qui auront pour conséquence que les sans-abri vont effectivement poser problème. Il s'agirait alors d'une « prophétie auto-réalisatrice » (Merton, 1997 [1957]) qui renforcerait les représentations que se font les professionnels des urgences des personnes sans abri.

valorise des patients autonomes (Baszanger, 2010) qui prennent peu de temps. On aperçoit ici comment le contexte institutionnel, dans sa dimension temporelle, favorise des processus de cadrage qui tendent à la dépersonnalisation des personnes sans abri. L'accueil des patients sans abri à l'hôpital s'inscrit dans ce contexte institutionnel, comme l'affirme le second infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, Ilyan :

> ILYAN : On amène l'étiquette SDF avec tout ce que ça suppose dans la représentations des soignants : « Ah des cadro, va falloir les toucher, des parasites va falloir les mettre en isolement, des… » L'ivresse, les troubles du comportement, enfin tout ce qu'on colle sur… et des fois quand on amène des gens charmants t'ends les infirmiers dire : « Ah mais il est trop gentil en fait ! » Tu sais, sous-entendu en fait ce n'est pas un clodo quoi, ce n'est pas possible [*rire*]. Ben si si, il y en a des bien [*rire*]. Le fonctionnement hospitalier, moi je regarde ce que je connais, je regarde à Saint Joseph Saint Luc [*hôpital dans lequel il a travaillé et auquel l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital*]. C'est vrai que les fermetures de lits, les durées moyennes de séjour, la pression qu'on met aux médecins, la charge de travail des paramédicaux – c'est-à-dire infirmières, aides-soignantes – avec des secteurs toujours plus lourds, avec une absurdité… C'est-à-dire que tu n'es que dans l'acte maintenant, tu es de plus en plus que dans l'acte et tu dois justifier c'est-à-dire tout ce que tu fais tu dois le rentrer dans une case. C'est la cotation, la cotation, la cotation, la cotation. Et c'est la présence auprès du patient, l'écoute, le temps, qui sont nécessaires pour des gens plus en difficultés que d'autres, je ne parle pas que des SDF, il y a des gens plus fragiles, il y a des gens qui ont besoin aussi et ça tu l'as quasiment plus. C'est-à-dire soit tu le prends sur ton temps et c'est toi qui assumes, soit tu ne le fais pas parce que tu as trop de boulot… En sachant que l'infirmière en plus elle est au milieu de tout le monde, c'est un peu le point central. Tout le monde gravite un peu autour de l'infirmière. Elle reçoit des prescriptions, elle les fait, elle donne… Enfin voilà, donc c'est super compliqué ! Le fonctionnement hospitalier, forcément, il se répercute sur ces publics-là et ce sont eux qui sont les plus mal pris en charge : les personnes vulnérable, les publics fragiles, les fous, les clodos.

S'il existe bien des processus de « contrôle » des patients stigmatisés pour les faire quitter les urgences (Peneff, 1992, p.91), il ne faudrait pas conclure hâtivement à une exclusion totale des sans-abri de ces services. Comme le notait Carine Vassy (2004) dans son enquête sur les urgences, « certains professionnels revendiquent la mission sociale de l'hôpital. Ils sont prêts à donner la priorité à des personnes qui disent avoir des problèmes économiques et sociaux » (Vassy, 2004, p.70). Observations corroborées quelques années plus tard par Sylvie Morel dans le cadre de sa thèse sur les urgences (Morel, 2014, p.351-352) ou par Valérie Wolff (2018). Cette dernière précise d'ailleurs que les professionnels des urgences peuvent accepter qu'une personne sans abri passe la nuit dans la salle d'attente si elle ne « gêne » pas les autres patients, s'il s'agit d'une demande occasionnelle et non habituelle – la demande répétée pouvant faire craindre une forme d'installation – ou s'il y a des « risques sanitaires » à laisser

la personne passer la nuit dehors, par exemple lors d'une période de grand froid (*Ibid*., p.85-86). Par ailleurs des dispositifs locaux peuvent également contribuer à changer le regard des professionnels des urgences sur les personnes sans abri qu'ils reçoivent. Je pense, par exemple, à cette initiative mise en place à Lyon par la responsable du service sociale de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, qui propose aux équipes des urgences d'accompagner des professionnels du Samu Social 69 lors de maraudes pour se familiariser avec leurs pratiques et mieux comprendre ce que vivent les personnes sans abri. Le dispositif est une réponse à l'existence de défaillances ou de carences dans l'accueil de ce public aux urgences.

b/ Les sens de l'apparence physique

L'analyse de l'accueil des personnes sans abri aux urgences que j'ai esquissée ne repose pas sur une enquête de terrain, elle constitue un propos liminaire qui s'appuie sur deux entretiens avec deux infirmiers et sur une littérature abondante consacrée à ce sujet. Pour affiner et préciser la compréhension de ces jugements au premier regard des professionnels hospitaliers, arrêtons-nous sur une situation à laquelle j'ai pris part. Il s'agit de la consultation médicale de Monsieur Claude chez un gastroentérologue, dont j'ai déjà donné quelques éléments en introduction pour discuter le concept de « non personne » proposé par Erving Goffman. Elle va nous permettre de comprendre comment le processus de cadrage du médecin s'accomplit à partir de quelques signes physiques qu'il observe et qu'il repère.

Nous sommes le 13 novembre 2013, j'ai commencé mon travail de terrain au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital il y a une semaine. Ce jour-là, Ilyan, l'infirmier de l'équipe mobile, m'a donné rendez-vous à 9h dans un hôpital de l'agglomération lyonnaise. Il accompagne Monsieur Claude que je rencontre pour la première fois. Ils se connaissent depuis plusieurs années. Ce matin, Monsieur Claude enchaîne deux rendez-vous : il doit d'abord passer une radio pour sa fracture des cervicales – consécutive à une chute d'un étage alors qu'il dormait dans une grange – avant de faire une gastroscopie. La première partie de la matinée se passe pratiquement sans attente : après la radio, nous sommes rapidement reçus par un médecin qui informe Monsieur Claude qu'il n'y a plus de problème et qu'il peut retirer sa minerve, ce qu'il s'empresse de faire. Il la range dans un large sac de courses, qu'il a toujours avec lui, rempli d'affaires et de nourritures. Cette première consultation terminée, nous nous rendons, à petits pas, dans le service de gastroentérologie. Monsieur Claude se déplace lentement en raison de plaies récurrentes aux pieds, sur lesquelles je reviendrai dans le section 3 de ce chapitre. Arrivés à l'entrée du service, Ilyan se présente comme « infirmier

de l'Équipe Mobile » et introduit Monsieur Claude, qu'il « accompagne » pour son rendez-vous. Nous sommes un peu en avance et allons donc patienter dans la salle d'attente. Après une vingtaine de minutes d'attente, Ilyan s'inquiète de ne pas pouvoir être à l'heure à un autre rendez-vous. Il me demande si ça ne me pose pas de problème de rester avec Monsieur Claude afin qu'il puisse se rendre dans un autre hôpital pour retrouver une patiente qu'il doit accompagner lors d'une consultation médicale. Je dois remettre un papier au médecin, celui-ci fait la gastroscopie et je me contente de récupérer l'ordonnance et les éventuels autres documents pour les lui transmettre. Je n'y vois aucun inconvénient, Monsieur Claude non plus et nous restons donc tous les deux à patienter. Après encore dix minutes d'attente, le médecin arrive et appelle le nom de Monsieur Claude. Ce dernier annonce qu'il est « là ». Le médecin, venant vers nous, ajoute, avec un humour bien à lui que j'ai eu l'occasion de découvrir la semaine précédente, lors d'un autre accompagnement[101] : « C'est le pauvre type là ? » Il nous sert la main, me rappelle qu'on s'est vu « il n'y a pas longtemps ». Je lui remets le papier que m'a laissé l'infirmier, l'informe qu'il a dû s'absenter et lui dit que nous sommes là pour la gastroscopie. Alors que nous sommes debout, nous regardons Monsieur Claude se lever avec difficulté de sa chaise. Le médecin commente la situation : « Eh ben dis donc [*Monsieur Claude s'est levé difficilement et a du mal à marcher*]. On ne va pas faire l'examen à mon avis [*tout en marchant dans le couloir*]... On va plutôt discuter, vous ausculter avec l'éduc[102] présent... »

En même pas une minute, simplement en regardant Monsieur Claude, son apparence physique, sa manière de se lever et de marcher, le médecin a accompli un double cadrage : un cadrage médical – le patient n'est pas en état de faire la gastroscopie – et un cadrage social – le patient est un « pauvre type ». La suite de la consultation médicale va permettre au médecin de repérer d'autres signes qui vont renforcer son jugement. Alors qu'on approche de la salle de consultation, une infirmière, qui a dû entendre notre échange, interpelle le médecin : « On ne fait pas la gastro alors ? » Il confirme qu'il annule. Nous entrons dans la salle de consultation, je m'assois à côté de Monsieur Claude, le médecin prenant place derrière son bureau. Il remarque les tremblements et la sueur de Monsieur Claude, que j'avais vus sans être en mesure de les interpréter : « La tremblote et la sueur ça veut dire que vous êtes en manque d'alcool [*tout en prenant dans sa main un des poignets de Monsieur Claude*]. Alors

[101] Lors de cet accompagnement, alors que le médecin vient de faire une remarque supposément humoristique dans le couloir, Ilyan, remarquant le regard dubitatif de la secrétaire à l'accueil lui demande : « Ça va ? Ce n'est pas trop dur ? ». Elle lui répond en soufflant : « Ne m'en parle pas ! »

[102] Je le corrige et lui explique je fais une thèse en sociologie.

ce n'est pas grave parce que nous l'alcool, dans notre hôpital – et dans beaucoup d'hôpitaux maintenant – c'est une maladie on appelle ça. C'est une maladie sociale qui vous aide à maintenir votre statut de gars en difficulté sociale. Y'a pas de souci. » Il interprète les tremblements et la sueur comme des symptômes avant-coureur du delirium tremens, comme il le nommera explicitement quelques minutes plus tard lorsqu'il auscultera Monsieur Claude. Dans cette situation, le diagnostic médical est aussi un diagnostic social comme en atteste la catégorie employée de « maladie sociale ». Alors que son téléphone sonne, le gastroentérologue demande à Monsieur Claude depuis combien de temps il est « à la rue » ; il lui répond que ça fait 15 ans. Le médecin s'exclame : « 15 ans ! Ah ben dis-donc les SDF, 15 ans de carrière. Et un peu rapiécé de partout on va dire mais on verra [*il décroche son téléphone*]. » Une fois sa conversation téléphonique terminée, le médecin pose deux questions à Monsieur Claude sur sa consommation d'alcool :

> MEDECIN : Hier matin vous avez bu à quelle heure ? La première bière ou le premier vin...
>
> MONSIEUR Claude : Pas avant 10h.
>
> MEDECIN : Là ça vous manque en fait le verre ?
>
> MONSIEUR CLAUDE : Oui oui.

Il lit le mot que je lui ai transmis et, tout en se levant, invite le patient à aller s'allonger sur le lit d'auscultation. Il le regarde s'installer. Lorsqu'il est allongé il relève le pull de Monsieur Claude et mentionne qu'il « a peut-être des douleurs à l'estomac » et que « tout bêtement il va appuyer sur l'estomac ». Monsieur Claude, tout en touchant son ventre, exprime qu'il n'a pas de « problème d'estomac ». Le médecin le corrige en touchant une autre partie du ventre : « L'estomac de toute façon c'est là. » Par cette remarque, il rappelle que le diagnostic médical est « un processus de qualification spécialisée […] définie comme le fait de dire l'état des êtres en revendiquant de s'appuyer sur des savoirs formalisés » (Borelle, 2017, p.8) ; et, ici, le patient ne possède pas ces savoirs. Il touche plusieurs zones du ventre en exerçant une pression. Monsieur Claude ne se plaint d'aucune douleur. C'est à ce moment qu'il lui demande de tendre les bras et d'écarter les doigts, comme je l'ai décrit en introduction. Après m'avoir expliqué que Monsieur Claude avait un « pré delirium tremens » et qu'il valait « mieux qu'il boive un coup », il se tourne vers Monsieur Claude pour lui dire qu'« il ne faudra plus que vous buviez », qu'il faut protéger son « estomac » qui « est bouffé par l'alcool

et par les médicaments que vous avez dû prendre ». Le médecin retourne à son bureau, il s'installe et commence à taper sur le clavier de son ordinateur, alors que Monsieur Claude est toujours sur le lit d'auscultation :

> MEDECIN : J'ai baratiné mon truc mais je crois que j'ai raison, mais sans faire le médecin tout puissant. Je crois que je suis chez un gars qui en a pas mal chié, qui s'est fait bastonner dans la rue [*jetant un œil à la minerve qui dépasse du sac de Monsieur Claude*], qui a pris des anti-inflammatoires, qui a bousillé son estomac… Par respect pour Gabriel qui est venu vous chercher, vous n'avez pas pris votre coup pour empêcher la tremblote. Vous avez respecté Gabriel mais là vous êtes en manque.

Au cours de cette consultation, le cadrage du patient accompli par le médecin repose quasi exclusivement sur des signes non verbaux qu'il interprète ; les rares questions qu'il pose amenant uniquement quelques réponses brèves (Monsieur Claude est à la rue depuis 15 ans, il ne boit pas avant 10h et oui il se sent en manque d'alcool). Les tremblements et la sueur, repérés au premier regard par le médecin et qui s'accentuent lorsque le gastroentérologue demande à Monsieur Claude de tendre ses bras et d'écarter ses doigts, sont interprétés comme les signes du manque d'alcool. S'ils permettent au médecin d'accomplir son diagnostic médical, les signes non verbaux sont aussi sources de mésinterprétation et l'induisent en erreur sur qui est Monsieur Claude. Par exemple, le médecin voit dans la minerve un indice de la violence physique qu'a subi Monsieur Claude (qui se serait fait « bastonner ») alors qu'elle est le signe de conditions d'habitat précaire (il a fait une chute d'un étage alors qu'il dormait dans un grange abandonnée dans un village de l'Ain où il s'est rendu plusieurs fois pour faire une cure de sevrage alcoolique). Paradoxalement, la lecture faite par le médecin de certaines caractéristiques physiques propres à Monsieur Claude contribue à le désingulariser. Pour reprendre la perspective schützienne, le travail de « typification » permet au médecin d'interpréter la situation et d'agir et, dans le même mouvement, le déroulement de l'interaction lui permet de saisir des éléments qui renforce le « type » sans-abri qui oriente son action. Cette manière d'exercer le jugement uniquement à travers le regard ne permet pas de saisir la *personne*. Le corps de Monsieur Claude et les signes qu'il renvoie sont suffisants aux yeux de médecin pour formuler son diagnostic ; la singularité du patient, ses habitudes et son histoire ne sont pas nécessaires à l'accomplissement de l'action.

Il faut insister : il s'agit bien de la perspective du médecin. Après la consultation médicale, plus tard dans la journée, je retrouve l'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. J'essaye de lui décrire la situation et lui donne l'ordonnance que j'ai récupérée. Il est

en colère envers le gastroentérologue qui a prescrit du Seresta® : « C'est une faute professionnelle le Seresta® pour une personne qui n'est absolument pas dans une volonté d'arrêter. Il va prendre les médicaments et avec l'alcool par-dessus, il va tomber, il va s'écrouler ! » Il formule ainsi une critique sur la manière dont le diagnostic a été menée. Le Seresta® est un anxiolytique qui peut être utilisé dans le cadre d'un sevrage alcoolique. Or, au cours de la consultation médicale, aucune discussion n'est engagée sur l'envie qu'a, ou pas, Monsieur Claude d'arrêter l'alcool. La remarque d'Ilyan pointe un défaut dans le travail de cadrage du patient mené par le médecin. Ce dernier n'a pas suffisamment pris en compte la *personne*, il n'a pas considéré les envies et la relation à l'alcool de Monsieur Claude. Parce que l'infirmier estime qu'actuellement Monsieur Claude ne veut pas arrêter l'alcool, parce qu'il sait qu'il continue de boire quotidiennement et que des cures de sevrage qui n'ont permis qu'un arrêt temporaire ont déjà été faites, il décide de ne pas récupérer le Seresta® et de ne pas le donner au patient. En ayant la main sur l'ordonnance, l'infirmier fait primer sa définition de la situation sur celle du médecin, sans pour autant lui faire part de manière explicite de son désaccord. On retrouve ici une forme de régulation des troubles qui évite la confrontation afin de maintenir les possibilités d'une relation (Emerson, 2015) et, ici, d'éventuelles collaborations autour de ce patient ou d'un autre. La remarque de l'infirmier sur le Seresta® et la consommation d'alcool invite à reprendre la consultation médicale dans sa dimension verbale pour comprendre les informations qui sont transmises ou demandées au patient et donc, *in fine*, la place qu'il occupe dans l'interaction et dans la prise de décision.

c/ La transmission parcellaire des informations

Pour appréhender cette question de la transmission des informations, il est intéressant de partir des éléments que je transmets à l'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital lorsque je le retrouve, après la consultation. Cela ne permet pas d'avoir accès à toutes les informations mais à celles qui me paraissent importantes de partager à l'infirmier dans la logique de l'accompagnement. L'information principale est la suivante : le médecin n'a pas réalisé la gastroscopie car Monsieur Claude était dans une situation de manque. Selon Ilyan, cette justification n'est pas suffisante : « J'ai vu d'autres personnes dans des états de manque bien plus avancés qui ont eu leur gastroscopie […]. Il aurait pu au moins lui proposer une hospitalisation pour qu'il soit à jeun le lendemain pour la faire. » La réponse de l'infirmier me rappelle que le gastroentérologue a proposé à Monsieur Claude de l'hospitaliser. Au début de

la consultation, nous nous installons au bureau et le médecin explique au patient, comme je l'ai déjà écrit, que « la tremblote et la sueur ça veut dire que vous êtes en manque d'alcool [*tout en prenant dans sa main un des poignets de Monsieur Claude*]. Alors ce n'est pas grave parce que nous l'alcool, dans notre hôpital – et dans beaucoup d'hôpitaux maintenant – c'est une maladie on appelle ça. C'est une maladie sociale qui vous aide à maintenir votre statut de gars en difficulté sociale. Y'a pas de souci. » Il ajoute à ce moment-là : « Est-ce que vu votre transpiration vous voulez qu'on vous mette à l'hôpital trois jours ? » Monsieur Claude répond « non ». Dans sa proposition, le médecin n'évoque pas la gastroscopie. Il laisse le choix au patient mais celui-ci est ambigu. Il se limite à une question fermée sans une délibération qui aurait pu permettre de préciser les objectifs et la faisabilité de cette hospitalisation : à quoi servirait-elle ? Serait-elle possible dès maintenant ? Dans quel service se ferait-elle ? Ce service serait-il d'accord pour accueillir le patient ? Quelles conséquences auraient cette hospitalisation sur la place qu'occupe Monsieur Claude dans son centre d'hébergement ? N'aurait-il pas des choses à faire, des personnes à voir, d'autres rendez-vous à honorer dans les trois jours qui viennent ? La proposition du médecin s'inscrit dans une « logique du choix » qui présume que l'individu est « autonome » ; comme l'analyse Annemarie Mol, elle s'oppose à une « logique du soin » qui « s'ajuste aux personnes qui sont d'abord et surtout associées » (Mol, 2009 [2008], p.125). Ici, le médecin ne prend pas en compte ces « associations » dans lesquelles s'inscrit Monsieur Claude, il ne considère pas ses habitudes, ce qu'il fait et ce qu'il a à faire. Le patient est défini comme une *personne préjugée* et non comme une *personne attachée*. Dans cette situation, la singularité du patient est un impensé et, sans elle, le choix n'en n'est pas un. Comment organiser cette hospitalisation sans penser les conditions de vie et les envies du patient ? En laissant le patient accepter ou refuser l'hospitalisation, on pourrait penser que le médecin le considère comme un « partenaire » qui a son mot à dire dans l'accomplissement du soin mais cette décision n'est ni « partagée » ni « informée » (Charles & *al.*, 1999). L'absence d'information précise et de discussion sur cette possible hospitalisation indiquent que la capacité à agir sur les soins du patient est déconsidérée par le médecin, comme en témoigne la suite de la consultation médicale. En effet, deux séquences verbales où des informations sont transmises ou susceptibles de l'être doivent être abordées pour affiner notre compréhension du travail de cadrage accompli par le médecin.

La première séquence a déjà été esquissée en introduction. Monsieur Claude est allongé sur le lit d'auscultation et le gastroentérologue lui demande de tendre ses bras et d'écarter ses

doigts. En raison du manque d'alcool, les tremblements et la sueur s'accentuent. Le médecin tourne son regard vers moi et m'explique : « Ouais c'est ça, là nous avons un pré delirium tremens c'est à dire qu'il n'est pas en delirium mais il a les prémisses du delirium avec... donc à la rigueur vaut mieux qu'il boive un coup. » Ici, Monsieur Claude est cantonné à un rôle passif. Selon Thomas Szasz et Mark Hollander (1956), en pédiatrie et en chirurgie, les interactions entre le médecin et le patient s'organise en fonction d'un modèle « activité-passivité ». Le premier est actif et le second passif. Ils distinguent ce modèle de la « participation mutuelle » qui s'observerait dans le traitement des maladies chroniques et de la psychothérapie. Eliot Freidson (1984 [1970]), reprenant cette distinction, estime que la configuration « activité-passivité » s'impose d'autant plus si le statut social du malade est bas sur l'échelle sociale ou si la maladie dont il est atteint est une maladie « stigmatisée », à l'instar de l'alcoolisme.

Cette assignation à un rôle passif, Monsieur Claude tente de la contester dans une dernière séquence de la consultation médicale. Nous sommes autour du bureau. Le gastroentérologue dicte son compte rendu au dictaphone. Le médecin ne s'adresse ni au patient ni à moi mais à sa secrétaire médicale, physiquement absente de la consultation, qui retranscrira ses paroles plus tard. Il rappelle des informations déjà connues (consommer de l'alcool après la consultation) mais en ajoute de nouvelles (Fainzang, 2006, p.40-41), notamment le fait que le patient doit manger « beaucoup de fruits et légumes ». Monsieur Claude réagit, à voix basse, en me disant : « C'est pour ça que j'ai des oranges. » Il répète, plus fort, en direction du médecin : « C'est pour ça que j'ai des oranges dans mon sac. » Son « statut de participation » (Goffman, 1987 [1981], p.9) évolue, il sort du rôle passif auquel il était assigné en prenant pour la première fois l'initiative de la conversation. Il s'engage autrement dans l'interaction en rappelant qu'il participe, à travers son alimentation, à prendre soin de lui. Le médecin a terminé son compte rendu et a posé son dictaphone. Monsieur Claude enchaîne :

> MONSIEUR CLAUDE : Je mange bien à midi. Par contre j'ai eu trois vomissements le matin…
>
> MEDECIN : Ouais ce n'est pas étonnant, à jeun ?
>
> MONSIEUR CLAUDE : Ouais à jeun. Le matin je renvoyais le café au lait. À midi le repas. Et le soir le repas.
>
> MEDECIN [*se levant*] : À jeun ouais et puis avec du sang… Bon ben l'ordonnance elle est devant, je vais quand même la refaire et puis ben…

MONSIEUR CLAUDE : Moi ce que je ne comprends pas docteur quand…

MEDECIN : Essayez de faire une sieste cet après-midi.

MONSIEUR CLAUDE [*en se levant*] : Oui oui.

MEDECIN [*en ouvrant la porte*] : Bon retour.

La consultation se clôt ainsi. Je récupère l'ordonnance à l'accueil du service et nous quittons l'hôpital. Cette séquence finale est importante. Elle permet de voir, en action, les tentatives de participation à l'interaction qui sont court-circuitées par le médecin. Premièrement Monsieur Claude apporte une information, non mentionnée jusqu'à présent : il a eu des vomissements. Cela ne semble pas étonner le médecin qui lui demande s'il les a eus à jeun. Monsieur Claude confirme en se contredisant : il a vomi après le café au lait du matin, après les repas de midi et du soir. Le médecin ne fait pas remarquer cette erreur d'interprétation du terme « à jeun ». On pourrait interpréter cette absence de correction comme une volonté de ne pas lui faire « perdre la face » (Goffman, 1974 [1967]). Cependant, le médecin ne s'était pas empêché de corriger Monsieur Claude lorsqu'il parlait de son estomac en indiquant une mauvaise partie du ventre et, surtout, il répète le terme « à jeun » comme s'il avait partiellement écouté ce que lui disait le patient. Il n'accorde pas d'importance à cette remarque de Monsieur Claude car il nous invite à partir en se levant et en évoquant l'ordonnance. Monsieur Claude esquisse une seconde tentative de participation en s'apprêtant à formuler une question mais il est coupé par le médecin qui lui recommande de faire une « sieste » cet après-midi.

La description de ces échanges verbaux permet de voir concrètement le peu de considération qu'accorde, lors de cette consultation médicale, le gastroentérologue aux capacités de Monsieur Claude à agir et à dire des choses sur ses soins et sa santé. Cette *incapacitation* du patient passe par des façons de parler (le « pauvre type » qui débute l'interaction) et d'écouter (le mésusage du terme « à jeun » qui n'est pas révélé), de transmettre des informations (la proposition d'hospitalisation qui n'est pas discutée), mais aussi par des regards et des postures corporelles qui excluent le patient (quand le médecin explique le pré delirium tremens au chercheur). La manière d'agir du médecin envers le patient se fonde sur une appréciation superficielle, sur des éléments de surface qui l'invitent à déconsidérer les capacités à agir sur les soins du patient[103].

[103] Le fait que le patient soit accompagné par un tiers, en l'occurrence moi, associé dans l'esprit du médecin à l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital qu'il connaît, est un facteur qui compte dans ce processus de d'incapacitation du patient. C'est un point que je reprendrai dans la section 3 de ce chapitre.

> « Nombreux sont les exemples qui révèlent que les médecins parlent plus volontiers du diagnostic ou du type de traitement proposé et de ses effets au patient en fonction de son milieu social connu ou supposé, et du capital culturel également supposé qui l'accompagne […]. Un point remarquable à ce sujet est que le médecin fonde son appréciation soit sur la connaissance précise qu'il a du dossier du malade et des informations qui le concernent (état civil, profession, etc.), soit – lorsqu'il n'a pas le temps de consulter tous les éléments du dossier et qu'il ne connaît pas le patient ou que ces informations n'y figurent pas – sur l'impression que le patient donne en termes d'appartenance sociale […]. Aux tristement célèbres inégalités sociales d'accès aux soins parmi les patients, s'ajoute donc une *inégalité sociale d'accès à l'information* que ce mécanisme contribue à favoriser » (Fainzang, 2006, p.52).

Alors que Fabienne anticipait, aux urgences, les difficultés qu'allaient leur poser les personnes sans abri dans le fonctionnement du service, le médecin présuppose les difficultés que connait le patient qui vit à la rue et les difficultés qu'il a à comprendre et à agir sur les soins. Le second temps de cette première section va permettre de saisir une difficulté effective rencontrée par une professionnelle dans la prise en charge d'une personne sans abri.

2/ Faire face aux difficultés : épreuve pratique et morale autour de la fin d'hospitalisation

Comme tous les patients, les sans-abri posent des difficultés concrètes aux professionnels hospitaliers. Cependant, l'une d'entre elles leur semble caractéristique : celle de la fin d'hospitalisation et de la sortie de l'hôpital. Des patients avec domicile peuvent quitter l'hôpital et réintégrer, directement ou après un séjour dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), leur logement. Pour les patients sans abri, la problématique est toute autre : quelles solutions d'aval trouver ? Cette question pratique, qui se pose avec d'autant plus d'acuité dans un contexte de « tarification à l'activité[104] » (T2A), soulève également une dimension morale : lorsqu'il n'y a pas de solution d'aval, faut-il se résoudre à renvoyer la personne vers la rue, au risque que sa santé se dégrade à nouveau ? Après avoir rappelé que la sortie de l'hôpital des personnes sans abri est une problématique ancienne (a), je m'arrêterai sur une interaction à laquelle j'ai participé engageant un patient sans abri, Éric, et une cadre de santé, cheffe d'un service hospitalier. Je montrerai le travail de recherche de solutions d'aval dans le réseau institutionnel du monde de l'assistance et du monde médical, mais aussi dans le réseau personnel d'Éric (b). Pour la cadre de santé, l'absence de solution

[104] Sur les effets du modèle de financement de l'hôpital, on peut se référer au travail de Nicolas Belorgey (2010).

engage une responsabilité (morale) partagée (c).

a/ Les sortants d'hôpitaux : un problème historique

La problématique des personnes sans logement sortant de l'hôpital est ancienne. Elle est par exemple au cœur de l'aide sociale à l'hébergement, mise en place en 1953 pour trois publics : les « prostituées », les « sortants de prisons » et les « sortants d'hôpitaux » – assistance qui sera élargie en 1959 aux « vagabonds estimés aptes à un reclassement » (Aranda, 2019b). Dans les archives de l'association lyonnaise du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri que j'ai consultées, les « sortants d'hôpitaux » qui se retrouvent sans logement et sans solution d'hébergement sont régulièrement mentionnés. On en trouve une première occurrence dans le Rapport Moral de l'année 1953 qui indique que l'association accueille les « malades pauvres sortant de l'hôpital » mais aussi des « détenus libérés », des « ouvriers métropolitains et Nord-Africains sans logement travaillant à Lyon ». Un peu plus de dix ans plus tard, dans le Rapport Moral de l'année 1966, Gabriel Rosset, le président-fondateur de l'association, s'attarde plus longuement sur ce public. Dans un premier temps, dans une section consacrée au profil des personnes accueillies, il écrit :

> « La portion la plus constante sinon numériquement la plus importante de la clientèle du Foyer, est constituée par les sortants d'hôpital démunis de ressources et cherchant du travail et un logement. Il serait bon qu'un service social s'occupe de les placer avant leur sortie. Aucun en effet ne semble en avoir les moyens et le temps. Un jour d'hiver, un coup de fil de Grange-Blanche nous annonçait que cinq malades guéris allaient se présenter le soir même à notre porte ; on n'avait pu leur trouver un abri pour la nuit ! Si nous n'avions pu les recevoir (cela n'a pas été facile car ce jour-là nous étions complet) on peut se demander ce qu'ils seraient devenus. Vraisemblablement, après plusieurs nuits passées à geler dehors, c'était la rechute ![105] »

L'asile de nuit du Foyer Notre-Dame des Sans-abri, comme d'autres en France d'obédience catholique, n'hésite pas à accueillir des personnes même si le centre est « complet ». Sur ce point, on peut établir un parallèle avec l'asile de nuit de la Mie de Pain, à Paris, qui aurait accueilli certaines nuits, dans les années 1950 et 1960, jusqu'à 700 hébergées alors que sa capacité déclarée était de 300 places ; dans des situations exceptionnelles, des personnes peuvent dormir à même le sol ou sur des marches d'escaliers (Aranda, 2019a, p.239). Comme le mentionne Mauricio Aranda dans sa thèse, l'inconditionnalité de l'accueil est centrale pour ces associations charitables et se fait parfois au détriment de la qualité des conditions

[105] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport Moral de l'année écoulée 1966, p.1.

d'accueil (Aranda, 2019a). Mais la réflexion de Gabriel Rosset ne se limite pas à la mise à l'abri des personnes. Ainsi, quelques pages plus loin, dans une section développant différents points problématiques sur lesquels l'association estime avoir peu de prises, Gabriel Rosset mentionne celui de la « protection des malades guéris » :

> « On fait aussi souvent appel à nous comme si nous étions un établissement de post-cure pour les anciens buveurs ou les mentaux considérés guéris par les services des hôpitaux psychiatriques. Ils peuvent en sortir et ne savent où aller ! Comme nous pouvons assez facilement leur donner le gîte et un peu de travail, nous recevons beaucoup de demandes. Il est bien normal que des malades guéris aspirent à sortir, puisque le médecin le leur permet. C'est l'intérêt de la société, puisqu'elle paie très cher des frais d'une hospitalisation qui n'est plus nécessaire[106]. Mais dans ce domaine comme dans tous les autres, ce que nous faisons pour les débiles n'est qu'un embryon du système qu'il serait très souhaitable d'instaurer : celui de l'hôpital de nuit avec, pour la journée, des centres de post-cure, des chantiers et des ateliers éducatifs, sous un régime de liberté protégé. C'est ce que nous avons réussi à réaliser pour d'anciens malades, quoique sur une très petite échelle.[107] »

Parmi le public des sortants d'hôpitaux, Gabriel Rosset pointe un sous-public spécifique, celui des sortants de l'hôpital psychiatrique. Dans les rapports des années 1960 plusieurs catégories désignent ces personnes : des « anciens pensionnaires de l'hôpital psychiatrique[108] », des « débiles[109] » ou des « débiles mentaux.[110] » Dans le contexte d'une « désinstitutionalisation à la française » (Eyraud & Velpry, 2014), des personnes qui relevaient de l'asile psychiatrique se retrouvent à l'asile de nuit. S'il est difficile de mesurer le nombre de personnes concernées par les réformes de la psychiatrie et s'il faut être prudent sur ce qui peut constituer une « fausse évidence » (Bresson, 2003), les rapports moraux du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri témoignent d'une préoccupation croissante des acteurs associatifs pour ce public qui n'apparaissait pas dans les premiers rapports moraux, dans les années 1950. L'association a le souci de trouver des réponses adaptées. Ainsi, le Rapport Moral de l'année 1970 mentionne pour la première fois que chaque vendredi soir des consultations gratuites d'« hygiène mentale » sont assurée à l'asile de nuit par un certain Dr. Vignat[111] ; psychiatre que l'on retrouvera vingt ans plus tard à l'origine de la création de l'équipe mobile Interface SDF, à Lyon, comme je l'analyserai dans la section 2 de ce chapitre. Si les archives du Foyer Notre-

[106] Cet argument financier est d'une troublante actualité, comme nous le verrons dans la suite de cette section.
[107] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport Moral de l'année écoulée 1966, p.5-6.
[108] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport Moral de l'année 1963.
[109] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport Moral de l'année 1965 et Rapport Moral de l'année 1966.
[110] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport Moral de l'année 1964 et Rapport Moral de l'année 1966.
[111] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport Moral de l'année 1970, p.3.

Dame des Sans-Abri ouvrent une étroite fenêtre pour saisir, depuis l'asile de nuit, la problématique des sortants d'hôpitaux, l'enquête ethnographique m'a permis d'appréhender, depuis l'hôpital, l'épreuve pratique et morale que le retour à la rue peut constituer pour chaque personne sans abri et les professionnels responsables de cette décision.

b/ La recherche de prises dans le réseau institutionnel et personnel

Nous sommes le 4 novembre 2015. Je rends visite à Éric, hospitalisé dans un hôpital de l'agglomération lyonnaise. Je l'ai rencontré cette année-là, lors de mon travail de terrain à la Villa d'Hestia, institution où il était hébergé et de laquelle il a été exclu fin septembre 2015[112]. Quelques jours plus tôt, en discutant avec une secrétaire de la Villa d'Hestia, j'apprends que l'établissement a reçu une demande d'hébergement, envoyée de l'hôpital, pour Éric. Ne l'ayant pas vu depuis son exclusion, ne sachant pas où il se trouvait, je me presse de lui rendre visite avant qu'il ne quitte l'hôpital. Je passe à l'accueil, où on m'indique le numéro de sa chambre, et le croise à la sortie de l'ascenseur qu'il s'apprête à prendre pour sortir fumer. Il est en pleine forme. Il me reconnaît, même s'il ne se souvient plus de mon prénom, et me propose de l'accompagner. Nous restons un long moment dehors, à discuter. Je lui ai apporté les photos qu'il avait prises quelques semaines auparavant et qu'il n'avait pas eu le temps de voir, son exclusion étant intervenue avant que les pellicules ne soient développées. Le lecteur se souvient qu'il s'agit du patient qui a pris le plus de photos. Il leur accorde une grande importance, ce sont des souvenirs qui restent et qu'il garde avec lui. Il avait d'ailleurs installé, dans sa chambre de la Villa d'Hestia, un cadre avec des photos de famille ; cadre et photos qu'il avait également photographiés, dans une sorte de mise en abyme révélatrice de la valeur accordée aux images. Il ouvre la pochette que je lui ai amenée et regarde les photos. Il est content de revoir des lieux, des personnes et surtout les chats errants avec lesquels il passait tant de temps. Il se moque de ses photos où son doigt obstrue une partie de l'objectif. Chaque photo est l'occasion d'un commentaire ou d'une question qu'il me pose pour prendre des nouvelles, savoir ce qui a changé et ceux qui sont restés dans l'institution : « Et lui, il y est toujours ou il est parti ? », « Ah le petit chat ! Il est toujours là ? » Le temps étant pluvieux, nous allons continuer la discussion dans sa chambre. Je pousse son fauteuil roulant et suis le chemin qu'il m'indique. Dans un couloir, nous croisons une professionnelle qui nous salue et me demande si je suis un travailleur social. Trouvant curieux d'être interrogé de la sorte, je

[112] Exclusion sur laquelle je reviendrai dans la section 3 du chapitre 5.

me contente d'un « non » et ne dis rien de plus. Nous continuons notre chemin et arrivons dans la chambre. Il y a deux lits : Éric occupe le lit le plus proche de la fenêtre ; l'autre est vide, le patient qui l'occupait a quitté l'hôpital ce matin. Il me propose de m'asseoir sur son lit et me demande d'étaler toutes les photos pour qu'il puisse les voir. Avec son accord, j'enclenche mon dictaphone et nous recommençons à parler des photos. Cinq minutes plus tard, une femme en blouse blanche frappe à la porte et déboule dans la chambre : « Bonjour. On m'a dit qu'il y avait quelqu'un avec Monsieur Alisco, alors je viens voir. Vous le connaissez bien ? » Le fait qu'elle me pose une question sans se présenter me déconcerte : c'est une professionnelle hospitalière, les vêtements l'attestent, mais, dans un premier temps, je n'arrive pas à lire le badge qu'elle porte à la poitrine. Qui est-elle ? Je réponds, après un temps d'arrêt : « Euh… un petit peu oui. » Mon interlocutrice inconnue me demande si c'est parce que je le « suis ». Je comprends qu'elle aussi m'assimile à un travailleur social. Je lui précise que je suis « sociologue » et qu'« on s'est connu dans une structure », sans en dire plus. Je devine qu'Éric n'a pas dû avoir beaucoup de visites durant son hospitalisation ; ma présence interpelle et questionne les professionnelles rencontrées qui ont prévenu la cadre de santé du service, puisque c'est d'elle dont il s'agit comme je peux maintenant le lire sur son badge. Au vu du déroulement de l'interaction, j'imagine *a posteriori* qu'elle espérait trouver dans ma présence une solution pour la fin d'hospitalisation d'Éric. En lui disant que j'étais sociologue, j'ai probablement douché l'espoir qu'elle avait. Elle est maintenant tournée vers Éric, son interlocuteur privilégié, se contentant de jeter quelques coups d'œil en ma direction. Elle commence par l'informer que demain il recevra son nouveau « fauteuil », qu'il est « payé par la sécurité sociale », qu'il n'a « rien à débourser » et qu'il faudra qu'il veille à ne pas se « le faire voler ». Puis apparaît le nœud du problème, l'enjeu au centre de l'interaction : la fin d'hospitalisation.

> CADRE DE SANTE : Alors moi j'ai un autre souci c'est que… on ne trouve pas de structure pour vous prendre donc je suis embêtée. La Villa d'Hestia ben vous savez pourquoi ils ne veulent pas vous reprendre, on ne va pas en rediscuter et je n'ai pas d'autres structures pour vous prendre. La seule chose qui pourrait marcher c'est le 115, c'est à dire le soir d'avoir un lit à la structure du Père Chevrier. C'est tout ce qu'on va pouvoir avoir pour l'instant. Mais ça veut dire que la journée vous êtes dans la rue.

Éric ne réagit pas. Elle ajoute : « Donc j'essaye d'avoir une convalescence pour avoir un peu de répit [*elle se tourne vers moi*] mais du coup comme il n'y a pas d'issue de sortie c'est ça le problème. Comme vous n'avez pas de domicile, personne ne vous veut dans les structures. »

En effet, comme le rappelle Valérie Wolff, « dans le secteur sanitaire, l'accès aux SSR (anciennement nommés cure, maison de repos ou de réadaptation) est souvent conditionné par l'assurance d'une solution en sortie vers des structures d'hébergement » (Wolff, 2018, p.174). Sans garanti d'hébergement à la fin du séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les personnes sans abri y ont peu accès. La cadre de santé revient sur la Villa d'Hestia :

> CADRE DE SANTE : C'est dommage que vous n'ayez pas respecté le cadre à la Villa d'Hestia, vous aviez une chance là, c'est dommage. Une chance d'être opéré, une chance de remarcher.
>
> ÉRIC : Oui je sais…
>
> CADRE DE SANTE : Ouais mais vous n'avez pas été raisonnable, vous êtes parti en vrille et puis voilà. C'est qu'à un moment donné on peut vous aider mais y'a des limites. C'est qu'après y'a un cadre de vie à respecter. Chose que… et du coup administrativement ils ne vous veulent plus la Villa d'Hestia et moi c'était mon seul recours la Villa d'Hestia.

En raison de ses alcoolisations répétées dans l'établissement et des troubles qu'elles occasionnaient, la direction des Lits Halte Soins Santé a décidé d'exclure Éric et de ne pas le reprendre. Il est sur une liste noire officieuse, comme on en retrouve dans les institutions d'hébergement (Schlegel, 2019, p.487). En raison de mauvaises expériences passées (entorses répétées au règlement et violence verbale ou physique, notamment), les personnes se retrouvent temporairement ou durablement exclues d'une ou plusieurs structures. Éric revient sur la proposition de la cadre de santé d'aller au Père Chevrier, dont le nom officiel est le Centre Gabriel Rosset, situé 3 rue du Père Chevrier dans le 7ème arrondissement de Lyon. Géré par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, cette institution d'hébergement, dont l'origine est l'asile de nuit créé par Gabriel Rosset, peut accueillir 166 hommes seuls, dans des chambres partagées ou des cabines (des espaces clos de quelques mètres carrés comprenant un lit). Durant les périodes de grand froid, une trentaine de lits de camp peuvent être installés dans une salle en sous-sol surnommée la « cave » par les hébergés. L'institution a globalement une très mauvaise réputation : beaucoup de personnes sans abri y sont passées, même qu'une nuit, et nombreuses sont celles à partager une histoire sur des vols et des bagarres qu'elles auraient vécus dans l'établissement, sur le mauvais accueil qu'elles auraient subi ou sur la gale qu'elles auraient attrapée en y séjournant[113]. Éric est allé au Père Chevrier et connaît la mauvaise réputation du lieu. C'est pourquoi il demande : « Ouais mais le Père

[113] Le 21 avril 2014, au cours de mon enquête à la Villa d'Hestia, un patient de 26 ans, m'indique : « Le Père Chevrier, j'y suis allé, je ne veux pas y retourner. Là-bas c'est horrible ! Je te le dis, mieux vaut la prison. »

Chevrier… Il n'y a pas un autre endroit ? » La cadre de santé lui répond :

> CADRE DE SANTE : Non. Non parce qu'il y a les lits de repos à la Chardonnière mais ils sont à l'étage et comme vous ne pouvez pas marcher, vous ne pouvez pas. Et au Père Chevrier c'est que des lits le soir. Donc nous on est en train de faire des demandes d'EHPAD, de maisons de retraite mais les maisons de retraite pff on ne les aura pas demain, on les aura peut-être dans un mois, six mois, un an, je n'en sais rien. Ouais mais c'est sûr. Après on a fait des demandes de convalescence mais dans d'autres départements en fait parce que vous n'avez pas de famille on s'est dit... comme ça vous auriez un logement. Mais pour l'instant on n'a pas de réponse positive.

La cadre de santé énumère l'ensemble des demandes qui ont été faites entre le monde de l'assistance et le monde médical. Pour ce qui est de l'urgence sociale, la Villa d'Hestia ne veut pas reprendre Éric[114] et les lits de repos à la Chardonnière – un dispositif suivi par un infirmier, intégré au CHRS la Chardonnière situé à Francheville, à proximité de Lyon, et géré par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri – ne peuvent pas le recevoir en raison de l'aménagement de l'espace. Des demandes ont aussi été faites dans le monde médical, auprès de centres de convalescence, auprès d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) mais les temps d'attente sont long et Éric est loin d'avoir le profil idéal du bon résident : il est jeune pour ces institutions (63 ans) même s'il a l'âge légal d'y accéder (60 ans), il a un long parcours de rue (20 ans) et une addiction à l'alcool qui, s'ils sont connus, risquent de refroidir les responsables en charge des admissions (Coulomb, 2020[115]). Ils représentent des éléments « démobilisateurs » dans l'orientation des sans-abri vers des institutions sanitaires (Wolff, p.166). Des demandes ont même été formulées en dehors de l'agglomération lyonnaise et du département du Rhône pour maximiser les chances de trouver une place sous prétexte que le patient n'aurait pas d'attachement familial local. Mais la cadre de santé se retrouve toujours sans solution. Elle retente alors d'activer le réseau personnel et, plus spécifiquement, familial d'Éric ; ce n'est pas la première fois qu'elle essaie puisqu'elle connaît le nombre d'enfants d'Éric :

> CADRE DE SANTE : Et vos enfants, vous avez complètement rompu les ponts ?
>
> ÉRIC : Non mais… mes gosses ils ne veulent plus me revoir parce que ma femme m'a trompé… Je suis toujours marié mais elle est partie avec un gars…

[114] Comme on l'a mentionné, l'argument est que la Villa d'Hestia refuse de le reprendre en raison de son comportement passé. Cependant, si cet élément n'est pas nié par la cadre de santé de l'institution, elle me précise également qu'à ce moment-là Éric ne relève pas des missions des Lits Halte Soins Santé, il n'a pas de pathologie aigüe qui justifie son entrée.

[115] Je reviendrai sur cette question du vieillissement des personnes sans abri dans le chapitre 4.

CADRE DE SANTE : Je n'ai pas compris, votre femme…

ÉRIC : Elle est partie…

CADRE DE SANTE : Et du coup ça veut dire que ce sont cinq enfants de mariage différents ?

ÉRIC : Non non. J'en ai cinq.

CADRE DE SANTE : Et vous ne voulez pas reprendre contact avec vos enfants ?

ÉRIC : Non.

CADRE DE SANTE : Je sais bien qu'il y a tout le passé qui est là mais des fois…

ÉRIC : Ben c'est leur mère, moi je ne peux rien dire.

CADRE DE SANTE : Non mais ce n'est pas question de la mère. C'est de vous, vous reprendre contact avec vos enfants.

ÉRIC : Ils ne veulent pas s'occuper de moi.

CADRE DE SANTE : Mais ça fait combien de temps que vous n'avez pas parlé avec eux ? Ça fait longtemps ?

ÉRIC : Ouais. C'est moi qui suis allé les voir et…

CADRE DE SANTE : Hum… C'est dommage parce que vous étiez bien là. Vous êtes en sevrage, vous êtes bien. C'est dommage.

Le travail de cadrage d'Éric accompli par la cadre de santé est un travail d'enquête sur les singularités. Éric n'est pas réduit à un « type » sans-abri ; la professionnelle connaît son nom, une partie de ces expériences passées, par exemple à la Villa d'Hestia, ou le nombre d'enfants qu'il a. La séquence montre aussi qu'elle cherche à en savoir plus, qu'elle espère trouver dans ses singularités, dans le réseau (familial) d'Éric, des prises qui pourraient éviter le retour à la rue qui se profile. Mais ici le réseau personnel se limite à la famille et à ses enfants, elle n'évoque pas des connaissances, des proches, des amis qu'il aurait et qui pourraient être sollicités ; cette discussion a peut-être déjà eu lieu, peut-être pas. Peut-être la professionnelle ne considère-t-elle pas ces liens qui se sont tissés à la rue, ils ne constituent pas des prises au regard de l'objectif de trouver un hébergement à Éric. Cette recherche de solution d'hébergement dans le réseau institutionnel et familial n'est pas qu'un problème pratique. Elle soulève un dilemme moral : comment accepter de remettre à la rue un patient qui a été soigné

et qui va bien ? Dès le début de l'interaction elle exprime son embarras et le « souci » qu'elle a ; « souci » qui, selon Bertrand Ravon, « relie un présent préoccupé (un "passé actuel", un passé reçu que nous n'avons pas fait et c'est souvent pour cela qu'il nous préoccupe) et un "futur actualisé" (qui n'est encore qu'aménageable) » (Ravon, 2008a). La cadre de santé *a un souci*, au sens d'un problème : elle ne trouve pas de solution d'aval pour Éric ; en même temps, la cadre de santé *se fait du souci* pour le patient et sa santé qui risque de se dégrader en retournant à la rue. On peut saisir l'épreuve morale que vit la cadre de santé dans les justifications qu'elle formule pour expliquer l'absence de solution.

c/ Le retour à la rue : une responsabilité partagée

Après avoir énuméré les institutions contactées pour trouver une place d'hébergement, la cadre de santé ouvre un second temps de l'interaction où elle décline une responsabilité partagée dans cette absence de solution. Premier responsable mentionné, la direction de la Villa d'Hestia : « J'ai essayé de renégocier avec le médecin mais c'est une décision administrative, ce n'est même pas le médecin. On a réessayé la Villa d'Hestia. » Elle ajoute qu'« ils nous ont expliqué ce qu'il s'était passé ». Pour Éric ce n'est pas clair, il l'interroge : « Mais exactement on me reproche quoi ? C'est ça que je n'ai pas compris. C'est quand elle m'a foutu dehors, j'étais couché quand elle m'a appelé… » La cadre de santé lui explique ce qu'elle sait :

> CADRE DE SANTE : Le problème c'est que vous buviez et quand vous rentriez vous n'étiez pas en état. Et du coup, ce sont des règles de vie qu'ils imposent à la Villa d'Hestia. En fait si vous voulez, à la Villa d'Hestia ils hébergent tous les gens qui n'ont pas de logement, qui sont comme vous. Mais à un moment donné il y a un cadre de vie à respecter, c'est à dire que si vous sortez, que vous buvez, que vous rentrez en état d'ivresse et que vous semez le souk comme vous avez fait et ben c'est clair qu'à un moment donné ça va une fois, deux fois, trois fois, à un moment donné ben non vous n'êtes pas capable de respecter un cadre de vie donc vous repartez à la rue. C'est ce qu'ils ont fait, ils vous ont mis à la rue. Humainement c'est dur. Moi je trouve que c'est dur de remettre quelqu'un à la rue mais à un moment donné on ne peut pas… D'autant plus qu'il y avait un projet d'intervention pour vous, c'est remarcher, ils vous gardaient encore six mois la Villa d'Hestia pour la rééducation, enfin il y avait un vrai projet. Alors est-ce que c'est le fait que vous n'aviez pas envie de remarcher, après ça vous appartient mais en tout cas il y avait un vrai projet qui était fait pour vous et du coup moi je ne peux pas aller contre ça, la décision est prise et je ne peux pas aller à l'encontre.

L'explication se fait responsabilisation. Éric a également sa part de responsabilité si la Villa

d'Hestia, qui semble apparaître aux yeux de la cadre de santé comme la meilleure solution pour le patient et pour elle, ne veut pas le reprendre. Il n'a pas respecté les règles donc, même si « humainement c'est dur », cela peut se comprendre qu'il ait été exclu. Elle le remet face à ses responsabilités dans un « moment pédagogique » (Cefaï & Gardella, 2011, p.341) au ton moralisateur. Il avait une chance qu'il a laissée passer. La cadre de santé poursuit : elle reconnaît que « malheureusement » elle n'a « pas de solution » et introduit un autre argument, financier cette fois :

> CADRE DE SANTE : Je ne peux pas vous garder à l'hôpital, à 1800 euros le prix de journée. C'est 1800 euros par jour-là, la chambre.
>
> ÉRIC : Combien ?
>
> CADRE DE SANTE : 1800 euros par jour, par jour donc vous imaginez moi je ne peux pas garder quelqu'un en hébergement à 1800 euros. Je ne peux pas. Pas pour de l'hébergement. Là tant que vous aviez des soins c'était normal, vous êtes là pour être soigné comme tout le monde mais maintenant que vous relevez d'une structure d'hébergement je vais trouver au plus vite une solution mais je ne peux pas vous garder *ad vitam aeternam*, c'est clair.

Depuis les années 2000, le système de financement des hôpitaux « incite les producteurs de soins à une plus grande productivité, au risque d'une baisse de leur qualité ou de la sélection des malades au détriment des plus atypiques et des plus coûteux à traiter d'entre eux » (Belorgey, 2010, p.14). Dans ce contexte institutionnel, la pression sur les durées moyennes de séjour et les fins d'hospitalisation est importante. La cadre de santé est prise dans ces contraintes et ne peut se permettre de « garder quelqu'un en hébergement » à un tel prix. Qui plus est qu'il y a des besoins, d'autres patients qui attendent : « Surtout, il y a réellement des gens à soigner qui sont malades et voilà. Donc ça veut dire que d'ici la fin de semaine faut que je prenne une décision. » Son téléphone sonne. Elle s'excuse et répond. Une dizaine de secondes plus tard, elle revient vers nous le téléphone plaqué à sa poitrine : « C'est bon comme ça ? Donc j'essaye de faire au mieux. Voilà la difficulté qu'on a. D'accord ? » Elle sort de la chambre en reprenant sa conversation téléphonique.

« Voilà la difficulté qu'*on* a », il n'est pas anodin que l'interaction se termine ainsi. Ce « on », pronom personnel indéfini que la cadre de santé a tenté de définir, souligne que la fin d'hospitalisation des personnes sans abri est une épreuve pratique collective et distribuée. La cadre de santé n'est pas la seule responsable de cette situation. Sans renier sa part de responsabilité – elle ne dit jamais que ce n'est pas sa faute – elle rappelle que cette situation

est liée à des comportements individuels (celui d'Éric), à des décisions collectives (celle de la Villa d'Hestia) et à des contextes institutionnels (celui de l'hôpital, les listes d'attente pour l'admissions dans certains établissements). Partager la responsabilité pratique c'est aussi partager la responsabilité morale que la situation introduit : le retour à la rue d'un patient qui a été soigné est inacceptable mais il ne dépend pas d'une seule personne. Il advient au croisement de multiples individus, inscrits dans des environnements qui leur offrent des prises pour agir mais qui peuvent aussi limiter et contraindre leur action.

Après le départ de la cadre de santé, Éric se remet à reparler directement des photos, toujours posées sur le lit. Il s'arrête au bout de cinq minutes et me propose de sortir pour fumer une cigarette. Dès lors, il ne sera plus question des photos. Il me confiera sa crainte et son inquiétude à retourner à la rue, qui plus est au Père Chevrier. Et c'est bien dans cet établissement que je le retrouverai quelques semaines plus tard.

***

Cette première section du chapitre 2 a permis d'interroger, au sein de l'hôpital, les patients sans abri comme des « patients difficiles ». Plusieurs acceptions de cette catégorie ont pu être déclinées : certaines professionnels hospitaliers, notamment au service des urgences, présupposent que les sans-abri vont leur poser des difficultés, vont exiger une durée de prise en charge plus long, chose qu'ils ne peuvent pas se permettre au regard de l'organisation institutionnelle ; le gastroentérologue qui reçoit Monsieur Claude en consultation médicale anticipe, en relevant un ensemble d'éléments physiques qui constituent pour lui des indices, les difficultés que connaît le patient sans abri au quotidien et les difficultés qu'il aurait à comprendre et à agir sur sa santé et ses soins ; la cadre de santé qui doit gérer la fin d'hospitalisation d'Éric est confrontée à une épreuve pratique et morale qui émerge de pratiques individuelles prises dans des contextes institutionnels contraignants. Que les difficultés posées par les patients sans abri soient effectivement vécues ou présupposées, elles ont des conséquences réelles : ils apparaissent globalement comme des patients démobilisateurs dans les processus de sélections qui s'opèrent à l'entrée de différents services hospitaliers (Wolff, 2018). Cette manière de définir le public des sans-abri à l'hôpital n'est pas nouvelle. Elle est déjà présente dans les années 1980-1990 et ouvre, comme l'indiquaient Nicolas Dodier et Agnès Camus, sur la création au sein de l'hôpital de dispositifs qui leur sont dédiés :

> « Cette sélection accrue des patients suscite, par réaction, la mise en œuvre de dispositifs qui visent au contraire à maintenir une ouverture de l'hôpital vis-à-vis de son extérieur. Ces nouveaux dispositifs cherchent à concilier par la création de spécialités la tension entre ouverture et sélection. Il n'est pas rare que des spécialités naissent de l'effort de médecins pour transformer en véritables patients des malades jusqu'à présent tolérés dans l'hôpital, ou en tout cas très démobilisateurs : on peut l'observer actuellement dans les tentatives pour faire reconnaître comme relevant de lieux spécialisés la prise en charge des personnes âgées (gérontologie) ou de personnes démunies (antennes sociales dans l'hôpital pour l'accueil des sans domicile fixe), ou pour inventer des services spécialisés dans l'accueil des patients entrés à l'hôpital par l'intermédiaire du service des urgences. C'est alors, par l'invention de nouveaux lieux spécialisés dans des malheurs ciblés, que se résolvent, à l'intérieur de l'hôpital, une partie des tensions qui naissent du décalage structurel entre les patients qui se présentent à l'entrée et le travail de sélection des services existants » (Dodier & Camus, 1997b, p.118).

C'est à la création de certains de ces dispositifs dédiés que la deuxième section de ce chapitre est consacrée.

Section 2 – Des dispositifs hospitaliers dédiés aux sans-abri

Au tournant des années 1990-2000, des dispositifs ayant pour mission officielle de favoriser l'« accès aux soins » hospitaliers des personnes sans abri et, plus généralement, des personnes les plus pauvres, ont vu le jour. Parmi ces dispositifs, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), issues de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion, sont les plus répandues (environ 430 en France, dans des hôpitaux publics et privés[116]). Ce sont généralement des lieux où des personnes sans droit de santé ouvert peuvent se rendre pour rencontrer des professionnels médicaux ou paramédicaux et des assistants sociaux (Parizot, 2003 ; Geeraert, 2017). Au regard de ce paysage institutionnel, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital est une PASS atypique : elle a officiellement ce statut mais les professionnels ne sont pas dans un travail d'accueil des personnes qui viendraient à eux ; ils vont *vers* les personnes, circulant entre le monde de l'assistance et le monde médical. Comment comprendre cette forme originale qui est une spécificité du territoire lyonnais[117] ?

[116] Site internet du Ministère de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins (consulté le 16/04/2020).

[117] À ma connaissance, au moment de l'enquête, aucune autre PASS en France ne fonctionne comme l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Aujourd'hui, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital n'existe plus. Elle a été remplacée par une PASS à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc qui accueille des personnes même si

Répondre à cette question exige un travail socio-historique sur deux autres équipes mobiles : le Samu Social 69 et Interface SDF. En effet la naissance d'un Samu Social non médicalisé dans l'agglomération lyonnaise (1) a rendu possible la création d'équipes mobiles hospitalières dédiées à l'accès aux soins des personnes sans abri. La première équipe à avoir été créée est Interface SDF, un dispositif rattachée à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu, qui a servi de modèle à la création de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (2).

1/ Sortir les sans-abri de la gare, les sortir de la rue : aux origines du Samu Social lyonnais

Dispositif emblématique de l'urgence sociale, le Samu Social est né en 1993 à Paris à l'initiative du médecin Xavier Emmanuelli. Conçue sur le modèle de l'urgence médicale et de l'intervention humanitaire, cette forme de réponse au problème public du sans-abrisme a essaimé dans toute la France, comme en témoigne la création, en 2001, de la Fédération Nationale des Samu Sociaux. Néanmoins, si l'appellation reste, elle cache des réalités sensiblement différentes (Pichon, 2000, p.85), comme l'illustre le cas lyonnais. Contrairement à son homologue parisien, le Samu Social 69 – pour reprendre son nom officiel – n'est pas médicalisé ; c'est une dimension centrale qui a favorisé la création d'équipes mobiles hospitalières dédiées à l'accès aux soins des sans-abri. La socio-histoire du Samu Social lyonnais est donc un préalable indispensable avant de revenir sur l'apparition d'Interface SDF et de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital.

Pour comprendre la naissance du Samu Social à Lyon, il faut revenir sur un lieu très précis, la gare SNCF de Perrache, et deux expérimentations qui y ont été menées : la mise en place d'un foyer d'hébergement d'urgence, à l'hiver 1992-1993, pour des personnes sans abri ayant l'habitude de dormir dans la gare de Perrache, encore ouverte la nuit à cette époque (a) ; et la création d'une équipe de rue, la Mission Perrache, en 1994, composée de travailleurs sociaux chargé de prévenir les sans-abri de la prochaine fermeture nocturne de la gare (b). Deux ans plus tard, en 1996, la Mission Perrache devient la Veille Sociale Mobile et va à la rencontre des sans-abri de l'agglomération lyonnaise selon une logique, non pas de mise à l'abri, mais d'accompagnement à la « sortie de rue » (c).

---

les professionnels peuvent se déplacer, par exemple pour assurer des permanences dans des institutions de l'urgence sociale ou rencontrer certaines personnes hors les murs. L'enquête de terrain n'a pas permis de suivre ce changement de fonctionnement et de missions.

a/ Héberger en urgence les sans-abri de la gare Perrache (hiver 1992-1993)

Nous sommes le 11 décembre 1992. Le Directeur de l'Action Sociale de la Ville de Lyon adresse un courrier à plusieurs associations d'assistance aux sans-abri pour les convier à une réunion qui se tiendra quatre jours plus tard, le 15 décembre 1992. L'objet de cette réunion est défini ainsi :

> « Les problèmes sociaux posés par la présence nocturne des personnes sans domicile dans les gares lyonnaises conduisent la Ville de Lyon à engager une réflexion avec les structures d'hébergement d'urgence ayant une connaissance particulière de cette population.
>
> Il s'agit, à partir des analyses sociales faites par les divers partenaires, de proposer des moyens d'action répondant à la question du style d'hébergement approprié à ces personnes marginalisées.[118] »

Au début des années 1990, les gares SNCF sont encore ouvertes 24h/24. Elles constituent pour les personnes sans abri à la fois des « lieux-ressources », des « lieux de rencontres » et des « lieux d'attente » (Pichon, 1992). Pour les pouvoirs publics et la SNCF, il s'agit d'« espaces principaux » (Snow & Mulcahy 2002, p. 347) qui ont une double valeur. Une valeur économique puisque progressivement les gares vont devenir des espaces commerciaux. Et une valeur politique car elles représentent des portes d'entrées dans les grandes agglomérations dont elles doivent véhiculer une « bonne image ». Dans ce contexte, « la gestion quotidienne de la présence des sans-abri et de ses conséquences est une préoccupation de la SNCF vis-à-vis de sa clientèle, mais aussi vis-à-vis des difficultés humaines des personnes sans-abri » (Damon, 1996, p.122). Ainsi, la SNCF[119] prend part activement à l'émergence de l'urgence sociale dans certaines villes françaises, comme à Lyon.

La présence des sans-abri dans les gares représente un trouble à résoudre et c'est dans cette optique qu'est organisée la réunion du 15 décembre 1992. Lors de celle-ci, une redéfinition du site problématique est effectuée : il ne s'agit plus des « gares lyonnaises », comme annoncé dans le courrier d'invitation, mais de la gare de Perrache, située dans le 2ème arrondissement, sur la presqu'île de Lyon. Comme un symbole, c'est à proximité de cette même gare qu'a

[118] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Lettre de J-L. Poulet, Directeur de l'Action Sociale à la Ville de Lyon, 11 décembre 1992.

[119] D'autres institutions de transports publics prennent une part active. Je pense notamment à la RATP à Paris (Soutrenon, 2001), j'y reviendrai.

ouvert le premier asile de nuit municipal en 1889 (Brodiez-Dolino, 2013, p.61). S'il n'est pas possible d'affirmer catégoriquement les raisons de cette spécification[120], une hypothèse peut être émise. La gare Perrache est connue de certaines associations présentes à la réunion : « L'Armée du Salut y est présente depuis de nombreuses années et Le Foyer avait lui aussi développé des maraudes dans la seconde moitié des années 1980 » (Brodiez-Dolino, 2020, p.130). Elles y distribuent des repas, profitant de cette occasion pour échanger avec les sans-abri et les écouter (Ravon, 2007).

Une deuxième réunion se déroule une semaine après la première, le 22 décembre 1992, toujours à l'initiative de la Ville de Lyon. Les participants relaient la volonté de Jean-Michel Dubernard, adjoint au maire chargé des affaires sociales et absent de cette réunion, qui propose de mettre en place un hébergement pour les personnes sans abri de la gare Perrache :

> « Monsieur l'Adjoint Dubernard a en projet la création d'une petite structure d'accueil et d'hébergement sur Perrache, où 20 personnes maximum (4/5 appartements) pourraient être admises, ainsi que leurs éventuels compagnons à quatre pattes !
>
> Monsieur de Lavernée [*maire du 2ème arrondissement, dans lequel est situé la gare Perrache*] signale que ce lieu d'hébergement doit servir à "désengorger" la gare mais se pose toujours le problème de l'acheminement des personnes vers un tel lieu.
>
> Ce projet qui pourrait se situer rue du Bélier (à proximité immédiate de la Gare) fonctionnerait dans un premier temps à titre expérimental. Il reste à trouver le montage financier (investissements assez lourds) en résultant. La gestion pourrait en être confiée à Notre Dame des Sans Abris [sic].[121] »

Le ton du compte rendu de cette réunion est plutôt prudent et le conditionnel est de mise. Rien ne semble encore décidé et il n'y a pas de mention d'une éventuelle date pour l'ouverture de cet établissement. Les participants semblent vouloir prendre le temps. Le compte rendu s'achève ainsi et le rendez-vous est fixé au 9 février 1993 pour une prochaine rencontre. Cependant, durant la dernière semaine de 1992 et la première de 1993, tout va considérablement s'accélérer et un foyer d'hébergement d'urgence ouvre le 7 janvier 1993, non pas rue du Bélier, mais 13 rue Dugas Montbel, toujours dans le 2ème arrondissement, à proximité de la gare Perrache. Si la gestion est bien assurée par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, le projet est mené en collaboration avec le Secours Catholique et Habitat & Humanisme qui prête gratuitement quatre appartements situés au premier étage d'un

[120] Je n'ai pas retrouvé de compte rendu de la réunion du 15 décembre 1992.
[121] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Réunion du comité de pilotage Perrache/Verdun, mardi 22 décembre 1992.

immeuble. La capacité d'accueil est estimée entre 15 et 20 personnes. Que s'est-il passé entre la réunion du 22 décembre 1992 et l'ouverture de ce foyer le 7 janvier 1993 ? La réponse se donne à lire dans deux courriers, datés du 11 janvier 1993. Après cinq nuits de fonctionnement, l'établissement est fermé une première fois pour trois nuits. Le père Bernard Devert, fondateur d'Habitat & Humanisme, explique les raisons de cette fermeture dans une lettre adressée au directeur du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, André Ballarin :

> « Monsieur,
>
> D'un coup de cœur à un coup prévisible de Trafalgar, tel pourrait bien devenir l'opération de la rue Dugas Montbel.
>
> J'entends bien que les conditions d'urgence ne permettent pas toujours de réaliser ce que nous souhaiterions, mais je me permets d'attirer votre attention sur le fait que l'accueil du 13 rue Dugas Montbel ne peut pas, en l'état, se prolonger.
>
> Il ne le peut pas pour des raisons de sécurité d'abord, il ne le peut pas ensuite en raison du manque d'hygiène et il convient ici de déterminer le budget permettant de faire des travaux pour la mise en place de douches.
>
> Il ne le peut pas enfin, pour des raisons de surveillance qui, en l'état, sont inexistantes : l'alcool est toléré, l'identité des "passagers[122]" est inconnue, les couteaux de cuisine sont libres d'accès, hommes, femmes et animaux vivent dans la même pièce.
>
> La réaction d'un certain nombre de "passagers" est de considérer que le 13 rue Dugas Montbel est un "super-squatt" et la police est déjà intervenue, ce dimanche après-midi [*le 10 janvier*] […].[123] »

Le même jour, le 11 janvier 1993, Paul Latreille – le président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri – écrit à la directrice-adjointe de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour justifier la fermeture temporaire du foyer. En introduction de sa lettre il donne la raison de la si soudaine ouverture : « Devant la vague de grands froids qui a ému la population entière, nous avons cédé à la pression municipale pour ouvrir ces locaux.[124] » La décision d'ouvrir ce foyer a été prise le 4 janvier 1993 à la demande

[122] Le terme « passager » est utilisé au sein du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri pour désigner les personnes sans abri accueillies dans les différents dispositifs de l'association. On retrouve cette catégorie dans d'autres institutions comme le centre Nicolas-Flamel à Paris (Aranda, 2019a, p.215).
[123] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Lettre de Bernard Devert à André Ballarin, 11 janvier 1993.
[124] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Lettre de Paul Latreille à Mme Mannaz, directrice-adjointe de la DDASS, 11 janvier 1993.

de la Ville de Lyon[125]. La vague de froid qui a eu lieu entre fin décembre 1992 et début janvier 1993 a précipité l'ouverture de cet hébergement d'urgence : « C'est pour faire face à une situation d'urgence que s'est créée cette action[126] », affirme le père Bernard Devert. Durant cinq jour, entre le 31 décembre 1992 et 4 janvier 1993, les températures maximales ne dépassent jamais les -1°C[127].

Le cas de l'ouverture de l'hébergement du 13 rue Dugas Montbel est emblématique d'une période où la question des « morts de la rue » devient une préoccupation publique contribuant au tournant politique de la réactivité (Gardella, 2014a). L'année 1993 est l'année où la question SDF s'affirme dans les médias, en raison notamment de cet hiver particulièrement rigoureux « pendant lequel de nombreux sans-abri morts de froid ont été recensés » (Damon, 2004, p.96). La crainte de retrouver des personnes mortes de froid dans la rue entraîne une réaction rapide des pouvoirs publics, comme l'illustre le cas lyonnais : la priorité est de mettre les personnes à l'abri, les conditions d'accueil sont secondaires. Le foyer 13 rue Dugas Montbel fait ainsi partie de ces « habitats d'urgence ouverts en urgence et pour l'urgence [qui] sont précaires au sens à la fois spatial (insalubrité, promiscuité) et temporaire (pour une très courte durée) » (Gardella, 2014a, p. 190). En répondant au trouble dans l'urgence, avec peu ou pas de réflexions sur son fonctionnement, le dispositif créé fait émerger de nouveaux problèmes. C'est exactement ce qu'il se passe dans ce foyer qui ferme ses portes temporairement après seulement cinq nuits, les associations gestionnaires étant incapables de faire face aux troubles rencontrés.

[125] Le directeur du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, André Ballarin, écrit le 12 janvier directement au maire de Lyon Michel Noir en précisant, en en-tête, que « l'affaire est suivi » par l'adjoint aux affaires sociales Jean-Michel Dubernard :
« Monsieur le Maire,
Comme vous nous l'aviez demandé lors de la réunion technique de coordination du mardi 4 janvier 1993, nous avons préparé et ouvert l'Accueil-Perrache, au 13 rue Dugas Montbel le jeudi 6 janvier, en coordination avec Habitat & Humanisme ».

[126] Cité dans « Les toits de l'espoir » un article signé par William Irigoyen, consacré à l'ouverture du foyer. Il a été publié dans *Lyon Figaro*, il peut être daté au 7 ou 8 janvier 1993. Je l'ai trouvé dans les archives disponibles au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri.

[127] Données obtenues sur le site de Météo France, dans l'application « Quel temps faisait-il le… ? » : http://www.meteofrance.com/climat/meteo-date-passee (consulté le 31 mars 2018).

Encadré 6. Règlement intérieur du foyer 13 rue Dugas Montbel

- L'accueil est assuré de 20h à 21h30, le portail d'entrée sera fermé après cette heure.
- Chaque personne, après déclinaison de son identité se verra attribuer un numéro d'appartement, de chambre et de lit.
- Les repas seront pris dans la cuisine de l'appartement affecté.
- À 22 heures précises (impérativement) chaque personne regagne sa chambre.
- **L'alcool sous toutes ses formes est formellement interdit**.
- La propreté des locaux est assurée dans les appartements par leurs occupants.
- Les propriétaires de chiens sont responsables des nuisances occasionnées par leurs animaux, y compris dans les escaliers et le hall d'entrée.
- Les appartements seront fermés à **7h30, le matin**.
- Les passagers qui ne respecteront pas ce règlement ne seront plus acceptées dans les appartements.

Le foyer d'hébergement ouvre à nouveau ses portes le 15 janvier 1993 au soir. Alors qu'il est prévu qu'il reste ouvert jusqu'au 30 mars 1993, les acteurs associatifs décident, le 18 février, la fermeture définitive de l'établissement à la suite de nouveaux « débordements » et d'une bagarre durant laquelle une personne est blessée à l'arme blanche :

> « Nous avons eu à faire à des agressions verbales de plus en plus violentes, à des entrées irrégulières la nuit, à des départs de plus en plus tardifs le matin. Le mercredi 17 dans l'après-midi, occupation des locaux par la presque totalité de ce groupe [*qualifié précédemment de « groupe de délinquants organisé »*] avec faisance [sic] de dégradations. À la suite d'un nouvel avertissement le jeudi 18 au matin leur précisant le risque d'une fermeture en cas de nouveaux débordements, une bagarre se déclenchait à la sortie de nos locaux entre un partisan du maintien et un des nouveaux perturbateurs (celui-ci a été blessé grièvement par arme blanche). Après concertation des 3 institutions, nous décidions la fermeture immédiate et définitive de la structure afin de garantir la sécurité et des passagers eux-mêmes et des autres habitants de l'immeuble.[128] »

Ces difficultés et les problématiques rencontrées sont encore dans toutes les têtes quand, quelques mois plus tard, la Ville de Lyon, la SNCF et les acteurs associatifs se retrouvent afin de discuter et de préparer la fermeture nocturne de la gare Perrache.

[128] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Bilan de l'opération Accueil Perrache » adressé à Jean-Michel Dubernard par J. Isnard, directeur adjoint chargé de l'action sociale au FNDSA.

b/ Prévenir les sans-abri de la fermeture nocturne de la gare : la « Mission Perrache » (1994)

Quelques mois après l'expérimentation rue Dugas Montbel, de nouvelles réunions sont organisées entre la Ville de Lyon, la SNCF et des associations qui interviennent auprès des sans-abri. Ils prennent les devants : dès la fin d'année 1993, les différents acteurs se réunissent pour préparer l'hiver 1994-1995. C'est en effet à cette période qu'est prévue la fermeture nocturne de la gare de Perrache. Les représentants de la SNCF proposent un local de 250 m^2 rue du Bélier, déjà évoqué lors de la réunion du 22 décembre 1992, qui pourrait permettre de créer « à la fois un asile de jour et un asile de nuit ». Si les acteurs associatifs sont d'accord sur le principe d'aménager cet espace, le directeur du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, André Ballarin, émet une objection en guise de rappel :

> « La population de la gare est très diverse – les besoins très différents – on la connaît mal. Il serait préférable de commencer par faire une analyse fine de cette population car mettre tout le monde ensemble conduirait au même résultat que celui de Dugas-Montbel, et on risquerait d'être amenés à fermer au bout de quelques temps.[129] »

L'ouverture du foyer rue Dugas Montbel s'est faite dans l'urgence, avec un manque de connaissances sur les personnes sans abri de la gare de Perrache et un manque de réflexions sur le fonctionnement de l'établissement qui ont abouti à une fermeture anticipée. André Ballarin ne veut pas reproduire cette façon de faire et invite les acteurs à prendre du temps et à mener une enquête permettant de redéfinir la situation problématique et, *in fine*, la réponse la plus appropriée (Dewey, 2010 [1927]). C'est ainsi qu'en janvier 1994, un groupe de travail se met en place pour réfléchir « aux modalités d'accueil des sans-abri de Perrache » ; il rend ses conclusions en mars 1994. Le « relevé des conclusions » que j'ai pu consulter dans les archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri est un document de quatre pages qui ne permet pas de comprendre les modalités d'enquête, comment elle a été menée et par qui. Il apporte néanmoins quelques éléments sur le profil des personnes sans abri rencontrées dans la gare :

> « En moyenne une cinquantaine de personnes âgées de 20 à 55 ans chaque nuit […] dont environ 5 à 10 femmes […]. Cette population est composée d'individus isolés ou en groupes qui expriment souvent un comportement asocial, qui peut aller jusqu'à certains actes de petite délinquance. Elle est installée dans la partie haute de la gare pour ce qui concerne les "clochards", dans la partie basse, pour les jeunes

[129] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Compte rendu réunion du 29/11/93 à la Préfecture », 30 novembre 1993.

> marginaux. Les principaux problèmes de santé rencontrés sont les affections parasitaires dues au manque d'hygiène, l'alcoolisme et la maladie mentale.[130] »

Le document s'attarde principalement sur la faisabilité et la pertinence de l'aménagement du local proposé par la SNCF, rue du Bélier. D'un point de vue financier, le rapport mentionne un devis « communiqué par la Ville de Lyon » de 800 000 francs pour des travaux concernant deux niveaux, soit 400 m^2. La SNCF serait prête à s'engager sur la base de 250 000 francs pour « les travaux d'assainissement du local ». Au-delà du coût de ce nouvel établissement, le rapport fait également mention des doutes, jusqu'à présent jamais mentionnés, de la Ville de Lyon. Alors qu'elle était moteur dans cette idée de créer un nouveau foyer d'hébergement, « les capacités actuelles d'hébergement d'urgence s'avérant suffisantes, la Ville de Lyon ne voit pas matière à la création d'une nouvelle structure en dur ». Cette position est définitivement adoptée le 16 mars 1994 :

> « Le Conseil Général, la Ville de Lyon et le secteur associatif expriment leur position. Il semble que l'aménagement du local proposé par la SNCF, situé rue du Bélier ne fasse pas l'unanimité. Cette opération serait en effet coûteuse, compte tenu de l'application des normes de sécurité, incontournables. L'ensemble des partenaires serait favorable à la mise en place d'une structure légère et provisoire, à titre expérimental, qui n'engage pas un coût financier trop élevé.[131] »

La fermeture nocturne de la gare de Perrache se profilant, elle est maintenant fixée au 1er juin 1994[132], et le projet rue du Bélier abandonné, les acteurs présents à cette réunion du 16 mars prennent la décision suivante : « Une équipe de travailleurs sociaux sera chargée à partir de cette date d'informer la population sur la fermeture prochaine de la gare et de l'orienter vers les structures existantes. Les associations accepteraient de mettre à disposition moyennant une contrepartie financière certains membres de leur personnel.[133] » C'est ainsi que nait une mission d'*aller vers* les sans-abri et que débute, mi-avril 1994 – selon les documents le 15 ou le 18 – la Mission Perrache.

Cette Mission Perrache est rendue possible par la mise à disposition de professionnels de différentes associations lyonnaises. Dans un premier temps, entre mi-avril et le 15 juin 1994,

---

[130] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Relevé de conclusions du groupe de travail chargé de réfléchir aux modalités d'accueil des sans-abri de Perrache. Document définitif », 14 mars 1994, DDASS du Rhône.

[131] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Compte rendu du comité de pilotage du 16 mars 1994, relatif aux sans-abri de Perrache », 5 avril 1994, DDASS du Rhône.

[132] Les documents consultés ne permettent pas de savoir quand et comment ce changement de date a été opéré.

[133] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Compte rendu du comité de pilotage du 16 mars 1994, relatif aux sans-abri de Perrache », 5 avril 1994, DDASS du Rhône.

ce sont deux travailleurs sociaux qui s'engagent dans cette mission : M. Sahnoune qui travaille au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri et M. Tardy qui travaille au CHRS L'Étape, géré par l'Armée du Salut. À temps plein, ils interviennent à Perrache pour informer les personnes sans abri de la fermeture de la gare et les orienter vers des établissements susceptibles de les accueillir. En parallèle, ils poursuivent l'objectif de mieux connaître le public et « d'évaluer [ses] besoins » en vue de la création d'un éventuel nouveau projet d'accueil près de Perrache. Les deux professionnels décrivent la gare comme une mosaïque composée de « différents îlots » et « lieux de rencontres », estiment que les « carences alimentaires et [la] malnutrition touchent la majorité (inexistence de repas chaud) » et insistent sur l'« alcoolisme », les « déséquilibres psychologiques et mentaux » et la « saleté[134] » des personnes qu'ils rencontrent. Dans un rapport de synthèse de ce premier mois d'activité, des suggestions pour la suite sont envisagées. « À court et moyen terme », il est proposé de « prolonger cet "accompagnement" par la mise en place d'une maîtrise d'œuvre sociale dont les modalités restent à définir, qui devrait comprendre : un travailleur social, un infirmier psychiatre » et, « à plus long terme » de « construire " le maillon" manquant avec une équipe pluridisciplinaire et mixte (travailleurs sociaux de terrain + personnel médical), afin de suivre et d'orienter le public vers les établissements adaptés qui existent[135] ». La référence n'apparaît pas explicitement. Cependant, en lisant ces préconisations, je ne peux m'empêcher de penser aux équipes mobiles d'aide du Samusocial de Paris qui ont commencé à sillonner les rues de la capitale en fin d'année 1993. Les professionnels de la Mission Perrache imagine une équipe médico-sociale relativement proche du modèle parisien dans sa composition d'équipe : des travailleurs sociaux et des professionnels médicaux ou paramédicaux. Au regard de la médiatisation de la création du Samusocial de Paris, on peut faire l'hypothèse que les professionnels lyonnais ont connaissance de son fonctionnement et s'en inspirent. Mais leur proposition médico-sociale est d'abord liée aux observations qu'ils mènent sur le terrain.

[134] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache – 2ème phase : du 1er mai 94 au 15 mai 94 », 11 mai 1994, document rédigé par M. Sahnoune et M. Tardy.
[135] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache du 18 avril au 15 mai 1994. Rapport de synthèse », 11 mai 1994. Le document n'est pas signé mais semble avoir été écrit par les deux travailleurs sociaux.

Après deux mois d'intervention, la Mission Perrache connaît une première évolution : M. Tardy est remplacé par M. Delolme, mis à disposition par l'association Régis[136]. L'Armée du Salut ne participe plus sur le terrain à la Mission Perrache. Durant un mois, entre le 15 juin et le 15 juillet, les deux travailleurs sociaux sont accompagnés par M. Cabanes, un « infirmier psychiatrique[137] » de l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu. Une antenne médicale est également installée dans la gare mais « la période de permanence des médecins du pavillon N [*hôpital Edouard Herriot*] sous la responsabilité du professeur Malicier ne correspond pas à la demande sur le terrain car à 20h30 la plupart[138] » des personnes sont parties vers différentes structures d'hébergement. Durant l'été 1994, seul M. Sahnoune intervient, seul et à mi-temps, à la gare Perrache. L'automne est une période délicate et les missions s'avèrent floues pour les deux travailleurs sociaux, comme ils l'écrivent *a posteriori* : « Période du 1er septembre au 1er décembre. Ce fut une période très difficile sur le terrain car aucune décision fut prise et nous ne savions pas exactement ce que nous devions réaliser sur le terrain.[139] »
Néanmoins, au même moment, l'avenir institutionnel du dispositif semble se préciser. Un document de la DDASS, daté du 28 septembre 1994, rend compte de ce que sera la composition de la future Mission Perrache jusqu'à l'automne 1995 :

> « Période transitoire (du 20/9/94 au 31/10/94)
>
> Afin d'éviter de créer une rupture dans le traitement social de la population sans-abri installée à la gare Perrache mis en place au moyen d'une maîtrise d'œuvre sociale depuis le 15/6/94, il est proposé de maintenir le dispositif de la façon suivante :
>
> - un poste de travailleur social à mi-temps mis à disposition par l'association Régis sur le site de Perrache ;
>
> - un poste de travailleur social à mi-temps mis à disposition par l'association F.N.D.S.A , sur le même site ;

[136] « Créée en 1983, l'association Régie sociale/REGIS est à l'origine destinée au "soutien moral et matériel des anciens pensionnaires des centres d'hébergement et de toute personne isolée en train d'effectuer sa réinsertion socioprofessionnelle", et en particulier les jeunes en difficulté à leur sortie d'institution spécialisée. Ses missions d'élargissent peu à peu et rapidement : l'aide aux familles prend le pas sur celle aux isolés. Un centre d'hébergement "éclaté", composé en 1992 de 70 appartements, est créé et conventionné par le Département. L'hébergement et l'aide sociale sont assurés pour six mois renouvelables. L'accueil des familles en grande difficulté psychosociale représentait 70 % de son activité en 1984 et 90 % en 1992 » (Brodiez-Dolino, 2020, p.130).
[137] Les documents consultés ne mentionnent pas explicitement la profession de M. Cabanes. Cette information est obtenue en croisant les rapports d'activité avec un ouvrage édité par la SNCF intitulé *Actions Solidarité SNCF. Analyses et initiatives* qui fait état d'une équipe composée de deux travailleurs sociaux et d'un infirmier psychiatrique (1998, p.71).
[138] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri « Historique de la Mission Perrache ». Document non signée et non datée. Foyer Notre-Dame des Sans-Abri.
[139] *Ibid*.

- la coordination et le cadrage de cette équipe assurée par l'association Entretemps ;

- le transport des personnes vers les structures d'accueil pourrait continuer à être assuré par l'Armée du Salut, au cas par cas.

Pérennisation du dispositif (du 1/11/94 au 31/10/95)

Dans de le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale et de la mise en place prochaine du plan froid 94-95, il paraîtrait souhaitable d'intégrer le dispositif Perrache dans une démarche plus globale de traitement de l'urgence sociale. Ainsi, ce dispositif pourrait fonctionner selon ces modalités :

- un poste de travailleur social à mi-temps mis à disposition par l'association Régis sur le site de Perrache ;

- un poste de travailleur social à mi-temps mis à disposition par l'association F.N.D.S.A , sur le site ;

- un poste de travailleur social à mi-temps mis à disposition par l'association Entretemps sur le site ;

- le soutien logistique nécessaire au fonctionnement de cette équipe (local d'accueil – téléphone – matériel de bureau indispensable) pourrait être pris en charge conjointement par la SNCF et l'association Entretemps ;

- le transport des personnes vers les structures d'accueil devra être reconsidéré en fonction de l'évolution de la population ciblée.[140] »

La troisième travailleuse sociale à intégrer la Mission Perrache est M[me] Duprés, rattachée à l'association Entretemps[141]. La Mission Perrache fait partie des dispositifs financés dans le cadre du renforcement hivernal du Plan Froid 1994-1995. Durant près de deux ans, la Mission Perrache fonctionne sur ce modèle : trois travailleurs sociaux, chacun associé à une association. En juin 1996 la Mission Perrache prend le nom de Veille Sociale Mobile. Cette appellation n'est pas nouvelle puisque lors des plans froids 1994-1995 et 1995-1996, une Veille Sociale Mobile qui fonctionnait de nuit dans l'ensemble de l'agglomération lyonnaise était rattachée à la Veille Sociale Téléphonique. Durant l'hiver 1995-1996, elle est composée :

[140] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri,« Propositions relatives au fonctionnement du dispositif Perrache », 28 septembre 1994, DDASS du Rhône.

[141] « Créée en 1968 sous le nom d'"Accueil en gare" pour l'aide aux voyageurs en difficulté, présente depuis ses origines en gare de Perrache et depuis 1983 en gare de Part-Dieu, l'association devient en 1988 "Entretemps". Elle possède alors deux centres à Perrache : "L'Auvent", créé en 1975 pour les femmes, seules ou avec enfants (une équipe socio-éducative et 20 lits) et "Le Mail" créé en 1976 (accueil, écoute et orientation pour voyageurs et pour personnes relevant de l'accompagnement social ; un service d'aide psychosocial et 20 lits également) » (Brodiez-Dolino, 2020, p.130-131).

d'un « infirmier psychiatre mis à disposition par le Centre Hospitalier St Jean de Dieu » ; d'une « éducatrice spécialisée employée par l'Armée du Salut – l'Étape » ; et d'un « chauffeur » également mis à disposition par l'Armée du Salut – l'Étape. La Veille Sociale Mobile qui naît en juin 1996 fusionne des caractéristiques des deux dispositifs : elle récupère de la Mission Perrache son équipe de travailleurs sociaux et son fonctionnement diurne ; et de la Veille Sociale Mobile du plan froid, elle récupère son espace géographique d'intervention puisqu'il s'agit, maintenant, de rencontrer des personnes sans abri dans toute l'agglomération et plus seulement dans la gare de Perrache, en commençant l'élargissement par la gare Part-Dieu puis le quartier de Saint-Jean, dans le 5ème arrondissement : des espaces identifiés comme accueillant des personnes sans abri (Piegay, 2008). C'est seulement dix ans plus tard, en 2006, que la Veille Sociale Mobile prendra enfin le nom de Samu Social 69[142].

c/ Accompagner les « sorties de rue »

À première vue, la Mission Perrache possède d'étroites similitudes avec un autre dispositif, analysé par Emmanuel Soutrenon (2001), RATP Assistance. Les deux voient le jour quasiment à la même période : 1994 pour la Mission Perrache et 1996 pour RATP Assistance[143] ; les deux interviennent sur des espaces gérés par une société de transport : respectivement une gare SNCF et le réseau du métro parisien ; et les deux semblent avoir ce « mandat double, enjoignant, d'une part, à "proposer de l'aide" aux sans-abri et, d'autre part, à "les faire sortir" » (Soutrenon, 2001, p.42) du métro ou de la gare. Mais une différence majeure existe, donnant à ce « mandat double » une consistance sensiblement différente. Les

[142] Le 24 octobre 1994, un comité de pilotage autour de la Mission Perrache est organisé comme chaque mois à cette période. Le compte rendu de réunion fait état que M. Bouvier (secrétaire général adjoint – Préfecture) aborde la « question de la création d'un SAMU Social à Lyon, conformément aux instructions du Premier ministre. » Il est mentionné : « Les principes généraux de cette nouvelle structure consistent en un fonctionnement 24h/24 d'une équipe pluridisciplinaire sur l'ensemble du territoire de la Villa de Lyon, avec une consultation médicale assez prononcée. La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales informe les participants d'une perspective de gestion centralisée du SAMU, dans le respect des particularités du contexte local. Articulée au Plan Froid et au dispositif Perrache, cette opération sera montée en partenariat avec la Ville de Lyon. » Est-ce que des réunions consacrées à la création d'un Samu Social à Lyon ont eu lieu en parallèle de ce comité de pilotage sur la Mission Perrache ? Les comptes rendus de ces réunions n'en font jamais état et je n'en n'ai pas trouvé de traces au sein des archives que j'ai consultées au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. Une zone d'ombre demeure : est-ce que le dispositif Perrache a été pensé, dès l'automne 1994, comme l'embryon du Samu Social lyonnais ? Ou, est-ce qu'un projet médico-social a été envisagé et travaillé mais n'a pas pu aboutir ?

[143] Ajoutons qu'en 1991, dans le cadre du Comité de Prévention et de sécurité de la RATP et avec l'appui de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, est mise en place « L'Opération Coup de Pouce ». Des points d'accueil sont mis en place dans plusieurs stations du métro parisien. Ils sont composés d'une assistante sociale qui reçoit les personnes sans abri rencontrées par des équipes d'éducateurs qui circulent dans le réseau. (Pichon, 1994). Cette opération a semble-t-il fermé en 1994.

équipes de RATP Assistance sont composées d'agents de la RATP, « généralement des agents de stations », qui suivent une courte formation avant d'intervenir auprès des sans-abri : dix minutes de briefing suivies d'une journée de découverte sur le terrain et deux semaines de stage (*Ibid*., p.39). La Mission Perrache ne fonctionne pas avec des agents mis à disposition par la SNCF[144] ; elle est composée de travailleurs sociaux qui exercent dans des institutions d'accueil des sans-abri, qui ont une expérience de ce public et une connaissance du réseau d'assistance. C'est un point central pour la suite de la Mission Perrache et, par prolongement, pour le fonctionnement du Samu Social lyonnais. En effet, comme l'écrivent Robert M. Emerson et Sheldon Messinger, dans leur article consacré à la micro-politique du trouble, le « choix initial d'un remédiateur peut avoir des conséquences qui, si elles ne sont pas nécessairement irréversibles, déterminent si, où et comment un trouble circulera par la suite dans tel ou tel réseau de spécialistes » (Emerson & Messinger, 2012 [1977], p.67). En choisissant de confier cette mission à des travailleurs sociaux exerçant déjà auprès des personnes sans abri – et non à des agents de la SNCF ou à des policiers – les acteurs engagés autour de la Mission Perrache ouvrent la porte à une prise en charge sociale des personnes sans abri. En effet, les travailleurs sociaux qui composent cette équipe ne se contentent pas d'informer les personnes sans abri que la gare va fermer ; ils mettent en place les bases de ce qui va devenir un travail d'accompagnement sur le temps long. Un mois après le début de leur action et un mois avant la fermeture nocturne de la gare, dans une note, les professionnels de la Mission Perrache soulignent que « ces personnes […] présentent un état de santé général très précaire » et expriment leurs craintes sur une fermeture « sans apporter de solutions acceptées par ce public [qui] risque de déplacer une réalité vers d'autres secteurs géographiques avec des risques plus graves[145] ». En raison de leur souci pour les personnes qu'ils rencontrent, les travailleurs sociaux transforment les missions initiales d'information et d'orientation : il s'agit aussi d'« assurer un accompagnement individualisé qui doit permettre à chaque personne de bénéficier selon les cas de l'ensemble des réponses possibles en matière d'insertion (accueil de jour, accompagnement, hébergement provisoire, hébergement de longue durée, remise au travail, accès aux soins…).[146] » Le mot de *réinsertion* est posée dès

[144] Un ouvrage édité par la SNCF intitulé *Actions Solidarité SNCF. Analyses et initiatives* mentionne que « les agents SNCF de la gare de la Perrache ont été sensibilisés pour informer et orienter les SDF vers les centres d'accueil » (1998, p.72).
[145] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache – Période du 18 avril au 15 mai 1994 ».
[146] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache : Bilan global (période du 1er décembre 1994 au 31 mars 1995) », Mars 1995.

septembre 1994 par la DDASS qui définit ainsi ce que doit être la suite de la Mission Perrache :

> « Le contenu de la mission de cette équipe dépasserait largement l'écoute et l'orientation de la population vers les structures d'accueil existantes. Ainsi, il serait demandé à l'équipe de travailleurs sociaux d'intervenir auprès de cette population dans une perspective de réinsertion sociale, objectif qui passe par l'utilisation de l'ensemble des outils et dispositifs de droit commun, mais aussi la capacité de développer un partenariat avec l'ensemble des acteurs susceptibles d'apporter une réponse adaptée à la problématique de cette population (CHRS – Secours Catholique – Prévention Spécialisée – etc…).[147] »

Il s'agit bien d'un souci de *réinsertion* et pas seulement de *mise à l'abri*. Sous l'impulsion des professionnels de la Mission Perrache se développe une pratique inscrite sur le temps long, qui déborde la gare et l'espace public et ne s'arrête pas aux portes des institutions d'hébergement, comme en témoigne la « trajectoire » de Pierre, décrite sur deux pages dans le premier rapport d'activité[148]. Ce compte rendu est doublement significatif. D'une part, il donne à voir comment les professionnels de la Mission Perrache travaillent dès l'automne 1994, quelques mois seulement après la création du dispositif. D'autre part, ce long compte rendu, rédigé dans le premier rapport d'activité qui a vocation à être transmis aux financeurs et aux partenaires, fait office de profession de foi. Le format est ici aussi important que le fond. Alors que dans la première partie de ce rapport d'activité, les professionnels évoquent sur quatre pages dix « exemples de situations rencontrées » sous la forme de tirets, la trajectoire de Pierre est un récit structuré, le premier d'une série de « quelques trajectoires… qui donnent sens à notre action ». Il donne une orientation, esquisse la ligne directrice des travailleurs sociaux et donc du dispositif qu'ils sont en train de définir par leurs pratiques. Arrêtons-nous donc sur ce texte.

Pierre est âgé de 77 ans, il a été rencontré dans la gare de Perrache en octobre 1994 où il vit après avoir été renvoyé d'une maison de retraite. Fin novembre, les travailleurs sociaux décident avec lui de travailler une « sortie de la gare » et projettent une « entrée prochaine dans une chambre d'un foyer Aralis ». Dès le 5 décembre 1994, il obtient une place dans un foyer Aralis de Villeurbanne. À l'instar de ce qui sera promu par la politique publique du Logement d'Abord (Pleace, 2014 ; Hurtubise & Laval, 2016), plus de vingt plus tard, Pierre passe de la gare au foyer Aralis sans connaître une série d'étapes intermédiaires dans

[147] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Propositions relatives au fonctionnement du dispositif Perrache », 28 septembre 1994, DDASS du Rhône.

[148] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache : Bilan global (période du 1er décembre 1994 au 31 mars 1995) », Mars 1995.

différentes structures d'hébergement. L'obtention de ce studio n'est pas une fin en soi, il entraîne une redéfinition de l'accompagnement pour favoriser le maintien de la personne dans son logement. Ainsi, les professionnels de la Mission Perrache estiment que « pour la consolidation du projet et en raison du peu de personnel dans le foyer nous nous engageons à poursuivre l'accompagnement pour quelques mois ». Constatant un « affaiblissement physique lié à une alimentation irrégulière », les professionnels saisissent le 27 décembre la Mairie de Villeurbanne pour mettre en place « un portage journalier de repas. » Malgré cela, « début janvier Pierre s'est encore affaibli. Il va jusqu'à refuser de s'alimenter. Nous comprenons qu'il se sent abandonné. Nos visites sont trop peu fréquentes et le voisinage[149] ne lui porte pas beaucoup d'attention ». Le 20 janvier, les professionnels de la Mission Perrache rencontrent l'assistante sociale d'Aralis et celle du Conseil Général pour travailler un projet d'entrée en maison de retraite. Mais, à cause de ses dettes (« environ 80 000 francs »), ce projet n'est actuellement pas envisageable. En accord avec Pierre, sont mis en place « des soins infirmiers journaliers, deux heures hebdomadaires d'aide-ménagère et le maintien du portage des repas ». Pierre est inscrit dans un collectif d'acteurs qui va prendre soin de lui et qui va lui permettre de prendre soin de lui. C'est en s'appuyant sur ces personnes, qui sont des ressources, qu'il peut être en capacité d'agir sur ses soins. Cependant, son état de santé se dégrade. Les professionnels font venir un médecin le 8 février 1995 qui préconise une hospitalisation : « Après 15 jours d'examen une intervention chirurgicale est pratiquée et une grave maladie du sang est diagnostiquée. » Les professionnels continuent de lui rendre visite et préparent avec le service social de l'hôpital la fin de l'hospitalisation. Le 10 mars, Pierre est orienté vers une « maison de convalescence pour un mois » où il se trouve toujours au moment de la rédaction du rapport d'activité. La description de la situation de Pierre se termine par les deux paragraphes suivants :

> « Notre action ne pourra prendre fin seulement lorsqu'une *solution durable* d'accueil dans une maison de retraite aura abouti. Aucun relai ne peut être envisagé. L'AS de l'hôpital n'est plus compétente et il n'y a pas d'intervenant social à la maison de convalescence. C'est nous qui portons et construisons le projet. La seule personne qui pourrait assurer l'ensemble de ces démarches est le tuteur de Pierre. Il n'a ni la qualification ni le temps et la volonté de prendre en charge la problématique globale de cette personne[150] » (je souligne).

[149] Sur l'importance des relations de voisinage et les conséquences de leur étiolement pour certaines personnes en situation de fragilité, je renvoie à la belle description du cas d'Emma par Kim Hopper (2003, p.12-13).
[150] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache : Bilan global (période du 1er décembre 1994 au 31 mars 1995) », Mars 1995.

Au-delà du cas particulier de Pierre, les professionnels de la Mission Perrache donnent ici à lire les bases d'une forme d'intervention qui distinguera sensiblement le Samu Social lyonnais de son homologue parisien. Contrairement aux équipes du Samusocial de Paris qui essayent d'apporter une réponse immédiate et rapide aux sans-abri (Cefaï & Gardella, 2011), les professionnels de la Mission Perrache accompagnent les personnes dans la recherche de *solutions durables*. C'est une mission que poursuivra le Samu Social 69 qui cherche à « entrer en relation avec ces personnes et […] travailler, avec chacune, sur la base de leur adhésion, à des "sorties de rue".[151] » Cette conception d'un accompagnement social autour de la « réinsertion » et des « sorties de rue » n'a pas été définie *a priori*, elle émerge dans les rencontres entre les travailleurs sociaux de la Mission Perrache et les sans-abri qui occupent la gare. Si elle ne néglige pas la question de l'accès aux soins, comme en témoigne d'ailleurs la situation de Pierre, elle ne peut l'aborder frontalement du fait même de l'absence de professionnels soignants dans l'équipe. En laissant cette question en suspens, la Mission Perrache, devenue Veille Sociale, permet l'émergence d'autres dispositifs qui vont directement se saisir de cette problématique.

2/ Sortir de l'hôpital pour mieux y entrer

Au tournant des années 1990-2000, l'existence, à Lyon, d'une Veille Sociale Mobile non médicalisée favorise l'émergence de deux équipes mobiles médico-sociales dédiées à l'accès aux soins des sans-abri rattachées à deux hôpitaux : Interface SDF à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu, en 1997, et l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital au sein de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, en 2001. Pour comprendre l'émergence de ces deux équipes, ainsi que leur fonctionnement, il faut revenir à l'année 1994 quand un psychiatre, le Dr. Jean-Pierre Vignat est missionné par les pouvoirs publics pour réfléchir à la prise en charge des personnes sans abri à Lyon. Avec une très mince expérience du sans-abrisme, il s'engage dans une enquête (a) qui l'amène à élaborer le projet Interface SDF en 1995 (b) qui deviendra en 2005 une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). Ce projet, dont les missions et les principes sont très largement repris par l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, contribue à penser les imbrications entre des dispositifs dédiés, réservés à un public

[151] « L'urgence sociale à Paris. Retour d'expérience sur nos observations et nos échanges de pratiques », octobre 2014. Document rédigé par trois professionnels du Samu Social 69 et deux de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital qui décrit les visites de plusieurs dispositifs parisien et rend compte de réflexions sur les similitudes et les différences entre Paris et Lyon.

spécifique, et de « droit commun », théoriquement ouvert à tous, dans l'accès aux soins (c).

a/ Répondre aux « troubles mentaux » : l'enquête du Dr. Vignat

Le 13 mars 1995, lors d'une réunion[152] organisée à la Péniche Accueil, un accueil de jour situé à proximité de la gare Perrache, les participants reviennent longuement sur la question de « l'accès aux soins » et, en particulier, de « l'accueil hospitalier » des sans-abri. Ils notent qu'« en général on constate depuis 6 mois une amélioration de l'accueil des SDF dans les hôpitaux » en pointant du doigt une limite : « Ces admissions dépendent en grande partie des relations que peuvent avoir les associations et les médecins responsables de service hospitalier. C'est sur la base de réseau que se développe l'accès aux soins hospitaliers.[153] » Le réseau d'interconnaissance favorise le recadrage des patients sans abri : ils sont jugés moins « difficiles » par les professionnels hospitaliers, pour reprendre la catégorie employée dans la section 1 de ce chapitre. Le compte rendu de réunion indique que les discussions se concentrent ensuite sur « les troubles mentaux » :

> « L'ensemble des représentants d'associations présents à la commission sont d'accord pour reconnaître qu'une grande partie des personnes accueillies présentent des troubles mentaux. Dans leurs actions quotidiennes les associations perçoivent les limites de l'efficacité des hôpitaux psy. En effet ceux-ci rendent à la rue leurs malades trop rapidement. Il en résulte une certaine incompréhension, voire une impression de démission de leurs fonctions […]. Il est souhaité un travail de concertation plus approfondie entre psychiatres et associations de terrains. En ce sens il a été décidé d'inviter à une prochaine commission des personnes spécialisée dans le domaine psychiatrique. À l'initiative de la Mission Perrache M. Delolme contacte M[me] Charvet responsable des urgences de St Jean de Dieu.[154] »

Le nom du Dr. Jean-Pierre Vignat n'apparaît pas dans le compte rendu de réunion. Pourtant, ce psychiatre de Saint Jean de Dieu a été missionné en 1994 par les pouvoirs publics afin de trouver une réponse à la prise en charge psychiatrique des personnes sans abri à Lyon. Cette question est rapidement repérée et formulée comme un problème à la gare Perrache. Rappelons-nous : dès le mois de mai 1994, après seulement quelques semaines d'intervention dans la gare, les deux premiers travailleurs sociaux soulignent la part des « déséquilibres

[152] Le compte rendu de réunion ne spécifie pas les membres présents. En recoupant les noms qui apparaissent dans le compte rendu on remarque que plusieurs dispositifs d'assistance aux sans-abri sont présents, notamment la Mission Perrache.
[153] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Commission sociale 13 mars 1995 », Péniche Accueil.
[154] *Ibid*.

psychologiques et mentaux[155] » dont souffriraient plusieurs personnes sans abri qu'ils ont rencontrées. Et, entre le 15 juin et le 15 juillet 1994, l'équipe de la Mission Perrache est enrichie d'un infirmier psychiatrique, M. Cabanes. Un poste d'infirmier psychiatrique qu'on retrouvera durant le Plan Froid, au sein de la Veille Sociale Mobile. La préoccupation « psy » est patente au niveau local, en 1994, comme au niveau national (Schlegel, 2019, p.203).

En 1994, le Dr. Vignat dirige le service public de psychiatrie de Vénissieux et Saint Fons et assure la présidence du Comité Médical d'Établissement (CME) de l'hôpital Saint Jean de Dieu. C'est à ce titre, et parce que des « infirmiers de [son] service[156] » sont impliqués dans l'urgence sociale naissante (M. Cabanes ?) que ses confrères des autres CME de l'agglomération lui demandent de « représenter » la psychiatrie lors d'une réunion qui se déroule en 1994[157]. Ce jour-là, il se retrouve au milieu de « la Préfecture », des « autorités de la Ville », des « représentants de la Police, des Pompiers, des TCL[158], de la SNCF, des Urgences, *et cætera* ». Le Dr. Vignat se rappelle cette réunion : « Moi je représentais la psychiatrie. Très vite il a été dit qu'il fallait que la psychiatrie fasse quelque chose. Et donc je me suis retrouvé avec la mission impérative d'inventer quelque chose pour les SDF, de façon à pouvoir les faire rentrer en soin s'ils relevaient de soins psychiatriques. » Il évoque cette mission avec ses « collègues présidents de CME » et au sein de l'hôpital où il exerce. Il ne trouve aucun volontaire : « Ils m'ont dit : "Non non tu fais très bien l'affaire, tu étais là, tu as été désigné". » Il se trouve ainsi au « mauvais moment au mauvais endroit » – même si cela ne l'empêchera pas de prendre du « plaisir ». Il s'engage dans ce projet pour lequel il souligne qu'il n'est pas « volontaire » et ne se reconnait aucune « vocation ». En effet, le Dr. Vignat ne dispose pas de connaissances spécifiques et ne revendique pas d'attrait particulier pour ce public. Il se distingue ainsi des médecins comme Patrick Henry et Xavier Emmanuelli qui dans les années 1980 et 1990 s'engagent dans de multiples projets en direction des sans-abri, comme on l'a évoqué en introduction (Schlegel, 2019 ; Gardella, 2014a ; Cefaï & Gardella, 2011). Il est bien intervenu quelques temps au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri dans les années 1970, il y a vingt ans. Au sein de cette association lyonnaise, il a connu une double

[155] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Mission Perrache – 2ème phase : du 1er mai 94 au 15 mai 94 », 11 mai 1994, document rédigé par M. Sahnoune et M. Tardy.

[156] Les propos entre guillemets non référencés sont issus de l'entretien téléphonique que j'ai eu avec le Dr. Vignat.

[157] Mon enquête archivistique ne m'a pas permis de retrouver le compte rendu de cette réunion ni sa date précise. En m'appuyant sur les souvenirs du Dr. Vignat, qui précise qu'il a mené un travail de huit mois avant de réaliser le projet Interface SDF – dont la première version du projet que j'ai pu consulter date de mars 1995 – on peut estimer que cette réunion a eu lieu entre juin et septembre 1994. Elle intervient après le début de Mission Perrache et les premières remontées qui ont été faites par les travailleurs sociaux de ce dispositif.

[158] Transports en Commun Lyonnais (TCL).

expérience. La première, alors externe des hôpitaux, il réalise un stage « chez Plauchu ou chez Guichard ». Le Dr. Plauchu, un proche de Gabriel Rosset[159], qui exerce à l'Hôtel-Dieu de Lyon et qui sera un temps président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « recrutait un peu tous les gens qu'il connaissait, les jeunes, il les incitait vivement et on ne pouvait pas refuser d'aller de temps en temps donner la soupe aux sans-abri. J'y suis allé deux trois fois, j'estimais que j'avais fait ma BA ». La seconde expérience intervient alors qu'il est « jeune psychiatre » et que « la DDASS « [lui] a demandé s'[il] pouvait faire quelques interventions en soirée[160] ». Cependant, plutôt que d'intervenir auprès des sans-abri, qui d'ailleurs ne « pensaient qu'à une chose c'est prendre leur douche et se coucher », il se retrouve rapidement à faire une « espèce de supervision » pour régler les tensions entre les bénévoles et les professionnels qui commencent à intégrer l'association. Ses contacts avec les sans-abri ont été finalement très éphémères. En 1994, il se retrouve être désigné comme un tiers pour formuler une proposition de réponse à un trouble qu'il ne connaît pas. Il essaye de créer un groupe de travail mais ne trouve personne pour y participer. Il s'engage alors dans un travail d'enquête pour faire face au problème qui se pose à lui (Cefaï & Terzi, 2012). Cette enquête s'appuie d'abord sur une recension bibliographique. Il se penche sur la littérature psychiatrique française et anglosaxonne consacrée aux sans-abri dans laquelle il ne trouve, dit-il, « pas grand-chose ». Persévérant, il décide alors d'« aller voir » par lui-même, de mener une « étude clinique, une étude de terrain » : pendant « huit mois », « tous les soirs ou en fin d'après-midi », « cinq jours par semaine, six jours parfois », « parfois le samedi soir et le dimanche soir parce que la population n'est pas la même », il va à la rencontre des sans-abri dans l'espace public et dans les institutions d'hébergement. Il ne cache pas les raisons de sa venue : « Je disais que je venais parce qu'on m'avait donné comme mission de trouver quelque chose, donc j'ai eu des tas de commentaires sur la psychiatrie, en tout cas j'avais le point de vue de l'usager si j'ose dire [*rire*]. Ce n'était pas inintéressant. Ça s'est bien passé. » Il rencontre également des travailleurs sociaux avec qui il discute. Sa réflexion se nourrit également des échanges qu'il initie avec les infirmiers de son service qui disposent d'une expérience d'intervention auprès des sans-abri. Il sort de l'hôpital et se familiarise avec le monde de l'assistance, les personnes qui y prennent part et les problèmes qu'ils rencontrent. Et, c'est à partir de cette enquête de terrain qu'il va pouvoir formaliser le projet Interface SDF.

[159] Je reviendrai sur ces liens dans le chapitre 3.
[160] Ces interventions correspondent aux consultations d'« hygiène mentale » présentées dans le Rapport Moral de l'année 1970 du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (p.3).

C'est pourquoi lorsque les professionnels, présents à la réunion du 13 mars 1995 susmentionnée, cherchent au sein de l'hôpital Saint Jean de Dieu un interlocuteur pour réfléchir à la prise en charge psychiatrique des sans-abri, ils rencontrent le Dr. Vignat. Ce dernier, qui a déjà dessiné les contours du projet Interface SDF dans une note d'une page datée du 20 mars 1995[161], est invité le 11 avril 1995 à la commission sociale organisée à la Péniche Accueil[162]. Le compte rendu précise que le psychiatre « a été mandaté par son établissement pour étudier le dossier de la VSM [*Veille Sociale Mobile*], répartir l'information et coordonner l'action des autres établissements[163] ». Le médecin rappelle, dans un propos introductif général sur la psychiatrie, que « les moyens mis à la disposition des hôpitaux psychiatriques sont prévus pour des soins intensifs de courte durée » et que « les psychiatres n'ont plus les moyens ni l'envie d'assurer une fonction d'asile[164] ». Il se concentre ensuite sur le public des sans-abri :

> « Il est nécessaire d'opérer une distinction parmi les SDF amenés en service psychiatrique. Ou ce sont des individus extrêmement malades du point de vue mental qui sont amenés en urgence en dehors de toute demande personnelle. Ou certains sont amenés et étiquetés "psychiatriques" par des personnes non-psychiatres. On relève très souvent une différence d'appréciation entre éducateurs et infirmières psychiatriques.[165] »

Ce raisonnement, qui a des affinités avec une perspective sociologique interactionniste sensible aux processus de « définition des situations » (Thomas, 2009 [1923]) et d'étiquetage (Becker, 1985 [1963]), pointe les décalages qui peuvent exister dans le travail de cadrage qu'accomplissent les travailleurs sociaux et les professionnels de la psychiatrie. C'est l'une des dimensions importantes du projet Interface SDF, sur lequel je vais maintenant me concentrer.

[161] Cette note est intitulée « Samu Social ». Lorsque je demande au Dr. Vignat les raisons de ce titre, il est dubitatif. Il me dit que « peut-être qu'à l'époque on avait évoqué ça comme ça » mais ne voit « pas très bien pourquoi on aurait appelé ça Samu Social ». L'existence d'un projet « Samu Social » en parallèle de la Mission Perrache et de la démarche du Dr. Vignat reste en suspens. Cette note, trouvée dans les archives d'Interface SDF, signée du Dr. Vignat, ne comporte pas de destinataire.
[162] Le compte rendu de réunion mentionne le nom du Dr. Jean-Pierre Villard. Il s'agit d'une erreur.
[163] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Commission sociale du 11 avril 1995 », Péniche Accueil.
[164] *Ibid*.
[165] *Ibid*.

b/ Retisser les fils d'une histoire : le projet d'Interface SDF

Pour comprendre le projet d'Interface SDF, opérons un court détour. Au cours de l'entretien, le Dr. Jean-Pierre Vignat partage un autre projet auquel il a pris part, après avoir créé Interface SDF, cette fois au sein de bains-douches. Avant de me le présenter, il me précise que « c'est un peu la même chose » que ce qu'il avait fait pour Interface SDF. Le constat est le suivant : à chaque fois que les sans-abri vont aux bains-douches, on leur donne de nouveaux habits. Or il y a des vêtements auxquels les personnes tiennent et le psychiatre se dit qu'il n'y a pas de « raison que les SDF soient privés de cet appui, de cet étayage que représente un manteau avec qui on a voyagé, avec qui on a eu des aventures, sous prétexte qu'il est abimé ou sale ». Avec le personnel des bains-douches, il met en place le dispositif suivant : en arrivant, les personnes laissent leurs vêtements qui peuvent être « lavés », « dégraissés » ou « reprisés » afin qu'elles puissent repartir avec, sauf s'ils sont « trop délabrés » et qu'il faut « vraiment les changer ». Il ajoute : « Je trouvais que c'était bien qu'ils puissent, là aussi, ne pas être tout le temps dans le changement. » Quel lien entre nettoyer les vêtements des sans-abri aux bains-douches et le travail d'une équipe mobile dédiée à l'accès aux soins psychiatriques de ce même public ? Comme nous allons le voir, dans les deux cas, il s'agit de prendre soin d'histoires singulières et métaphoriquement d'en repriser ou retisser des fils.

Pour penser Interface SDF, le Dr. Vignat part d'un constat issu de ses rencontres avec les sans-abri : « On a des bouts de temps, on a des flashs mais on n'a pas une histoire continue. Ils ont de la peine à raconter leur biographie. » Selon lui, il n'y a pas de « fil continu » et les personnes qu'ils fréquentent aux urgences ou dans les centres d'hébergement « ne font pas une trajectoire » ; ce sont toujours des « passages ». C'est pour « reconstituer l'histoire » que le psychiatre imagine un dispositif « qui fasse mémoire, qui garde le fil et transmette le fil de façon que cette personne ne soit pas seulement une apparition dans les différents endroits mais une personne réelle avec son histoire ». L'équipe d'Interface SDF, telle que le Dr. Vignat l'imagine, retisse les fils entre les différents fragments d'une histoire singulière, éparse et dispersée entre des lieux et des personnes[166]. Si les professionnels « connaissent peu l'histoire » de la personne, simplement ce qu'elle « peut ou veut raconter », il leur faut

[166] Précisons que le Dr. Vignat ne fait pas référence aux équipes mobiles psychiatriques en direction des sans-abri qui se sont déjà mises en place à New-York au début des années 1990 (Lovell, 1996). Plus tard il découvrira l'équipe Diogène à Lille, qui lui apparaît comme un « contre-modèle ». C'est plus tard que le Réseau Souffrance et Précarité, une équipe mobile de psychiatrie rattachée à l'Hôpital d'Esquirol, a été créée à l'initiative de Xavier Emmanuelli en 1998 (Marques, 2010). L'équipe mobile psychiatrie précarité à laquelle s'intéresse Vianney Schlegel (2019) a été créé en 1997, comme Interface SDF.

« quand même faire l'histoire, que ce ne soient pas simplement des flashs. » Il me semble que ce terme de « flash », qui revient plusieurs fois dans les propos du médecin, entre en résonnance avec le travail de « typification » des sans-abri mené par les professionnels hospitaliers, analysé dans la première section de ce chapitre. Le « flash », à l'instar du « type », s'apparente à une vision instantanée et réductrice de la personne, qui relègue en arrière-plan son histoire et, plus largement, ses singularités. Le patient sans abri est ici une *personne préjugée*. C'est pour dépasser ce jugement sommaire que le projet doit s'articuler autour du concept d'« interface », que le Dr. Vignat définit comme un « modèle qui permet de faire communiquer des systèmes qui ne communiquent pas ». Le Dr. Vignat l'a déjà expérimenté pour créer un « centre crise » ou le « Centre NEMO » qui accueille des jeunes souffrant d'addictions. Interface SDF naît ainsi au croisement de l'enquête du psychiatre mais aussi des projets passés qu'il a créés et expérimentés. Comme il le dit, à l'instar des « compositeurs de musique dont on dit qu'ils rejouent le même air sur des tas de symphonies ou de concerto », il décline plusieurs versions du même concept d« interface ».

Ces systèmes qui ne communiquent pas ou qui communiquent mal, visent les mondes de l'assistance, le monde médical et le micro-monde de la psychiatrie. Rappelons-nous les mots d'Anselm Strauss reprenant ceux de Thomas Shibutani : les frontières des mondes sociaux « ne sont délimitées ni par un territoire, ni par une appartenance formelle mais par les limites d'une *communication* efficace » (Strauss, 1991 [1978a], p.269, souligné par Strauss). Au sein des différents mondes sociaux, les acteurs mobilisent et maîtrisent (ou pas) un langage spécifique[167]. Le projet d'Interface SDF met longuement en avant cet enjeu communicationnel et la recherche d'un « langage commun ». Dès la page 2 du projet[168], le Dr. Vignat donne l'exemple d'une « situation clinique » ; malgré sa longueur, il me paraît important de la restituer dans son intégralité pour comprendre le raisonnement du médecin :

> « Un homme de 45 ans, sans domicile ni ressource, est recueilli sur la voie publique en mauvais état physique qui le fait hospitaliser d'urgence. Transféré en médecine, il est remis à la rue, en raison de son comportement hostile et des plaintes et revendications bizarres qu'il exhale constamment. Admis en centre d'hébergement, il est, pour les mêmes motifs, orienté pour admission en service de psychiatrie. Présenté avec le diagnostic de "paranoïaque" hérité du service de médecine, il est reçu en consultation sans hospitalisation : il n'exprime pas de souffrance morale, ne demande pas d'autre soin que somatique et d'aide que matérielle, n'entend pas être

[167] Ce sera l'un des enjeux principaux de la section 3 de ce chapitre.

[168] Document de 13 pages daté du 2 décembre 1995. Une première version quasi identique date du 10 août 1995. La différence entre les deux documents est la présence, dans première, d'une bibliographie indicative de trois pages. C'est à cette version que je me réfère.

> tenu pour malade mental et n'a guère envie de se retrouver "en psychiatrie". Aucun motif clinique ni médico-légal ne justifie une hospitalisation sous contrainte en référence à la loi du 27.06.90. Par ailleurs, du point de vue psychopathologique, l'organisation n'est pas du type paranoïaque ; il paraît s'agir d'une schizophrénie cicatrisée sur un mode caractériopathique posant des problèmes très différents. L'hospitalisation, si elle intervenait, offrirait le risque évident majeur d'effondrer les aménagements défensifs et d'engager un processus de régression au long cours. Quant au soin ambulatoire, ici indiqué, un programme ne peut être mis en place dans les conditions de vie actuelle du sujet. Cependant, l'amélioration de ces conditions est mise en échec par le fonctionnement relationnel du sujet et la réponse de l'institution sociale. Bref, *pour le psychiatre, le problème à traiter est avant tout somatique et social, pour le travailleur social, il est d'abord psychiatrique*. La nature du problème et la forme critique qu'il prend, attestée notamment par le diagnostic psychiatrique porté par les somaticiens, repris par les travailleurs sociaux et par le diagnostic social posé par les psychiatres, sont difficilement abordables par les méthodes et les procédures habituelles. Outre la nécessité d'un *tiers*, – en l'occurrence l'interface ici présentée – au moins à titre temporaire, *l'intérêt d'une base commune d'évaluation fondée sur des concepts, des critères et un vocabulaire communs est évident*[169] » (je souligne).

Chaque institution se renvoie la personne sans abri, rejetant la responsabilité de la prise en charge sur autrui. Interface SDF doit (re)tisser les liens entre ses acteurs afin d'assurer une cohérence et d'éviter le « syndrome de la patate chaude[170] » :

> « *Il y a donc nécessité de – et matière à – mettre en place un dispositif de traitement* (au sens général du terme) *de ces questions dans un partenariat* qui évite que persiste le "syndrome de la patate chaude" (client ou patient qu'on passe au voisin pour s'en débarrasser). Cela implique que les psychiatres et leurs équipes se forment une image correcte des centres d'hébergement d'urgence et des CHRS dans la réalité de leur mission, de leur compétence, de leurs limites, de leurs moyens, etc., mais également que les responsables des hébergements d'urgence et des CHRS et leur personnel se donnent les moyens d'une représentation adéquate de la maladie mentale et de l'outil de soins psychiatrique [171] » (souligné dans le texte).

Interface SDF s'engage ainsi dans un double travail d'aller vers ; contrairement au modèle du Samusocial de Paris qui organise son action autour d'un aller vers les personnes sans abri dans l'espace public qui « ne demandent plus rien » (Cefaï & Gardella, 2011, p.29), Interface SDF propose d'aller autant vers les sans-abri que vers les professionnels[172]. Dans le document

[169] Archives d'Interface SDF, Jean-Pierre Vignat, « Exclusion, précarité et insertion : accueil et prise en charge des personnes en extrême difficulté – Projet de dispositif Interface », 5 décembre 1995, p.2-3.
[170] Chez Julien Damon, le même processus est décrit comme des « effets ping-pong » (Damon, 2012 [2002]).
[171] Archives d'Interface SDF, Jean-Pierre Vignat, « Exclusion, précarité et insertion : accueil et prise en charge des personnes en extrême difficulté – Projet de dispositif Interface », 5 décembre 1995, p.5.
[172] Le Dr. Vignat me signale qu'à l'époque où il travaille sur ce projet, une autre idée circule : il s'agirait de récupérer et réaménager un pavillon désaffecté à l'hôpital psychiatrique du Vinatier afin d'y « mettre les SDF et quand ils sont socialisés on les fait sortir ». Il ne s'agit pas d'un projet concurrent mais de remarques faites à cette époque-là au Dr. Vignat.

écrit qui présente ce projet, cette double dimension est désignée comme un « travail direct » auprès des personnes sans abri et un « travail au second degré » auprès des professionnels[173]. « Second degré » ne signifie pas « secondaire » ; preuve en est, le premier bilan d'activités commence par une première partie consacrée au « soutien aux équipes » puis vient, dans un deuxième temps, la description des « actions auprès des personnes en situation de précarité[174] ». Pour mener à bien ce projet, le Dr. Vignat, qui n'envisage pas de travailler dans cette équipe, recherche un psychanalyste : « Les psychanalystes sont formés à faire du lien. J'ai mis du temps à trouver parce que je ne voulais pas du tout un psychiatre qui colle une étiquette issue du DSM ou pas et qui se dise : "Ah tiens il relève d'un neuroleptique". Non, ce qu'il fallait c'était essayer de faire du lien avec lui et avec les autres. Retrouver une histoire. » C'est ainsi que sera recruté en 1997 le Dr. Michel Bon, psychiatre et psychanalyste, qui deviendra le chef de service d'Interface SDF durant près de vingt ans – au moment de mon enquête de terrain, il est toujours en poste.

Le projet, défini dès 1995, abouti avec l'ouverture de l'équipe mobile le 1er mars 1997[175]. Elle est composée d'un psychiatre à mi-temps, d'une psychologue à mi-temps, de deux infirmiers (1,5 équivalent temps plein) et d'une secrétaire à mi-temps. L'équipe en inspire d'autres qui s'élaborent sur le même modèle et sa mission d'interface est pleinement reconnue et légitimée par la circulaire ministérielle de 2005 qui institutionnalise les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) :

> « Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues. Ces

[173] *Ibid.*, p. 6.

[174] Archives d'Interface SDF, Bilan d'activités 1999. Ajoutons que si le « rapport Lazarus », *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, est mentionné dans une bibliographie indicative, aucune référence n'est faite dans le cadre du projet. L'intervention auprès des professionnels n'est pas justifié au nom de leur « souffrance », mise en avant par le rapport d'Antoine Lazarus et Hélène Strohl en 1995.

[175] Il y a un temps de recherche de financement dans laquelle la DDASS joue un rôle essentiel. Notons que selon le Dr. Vignat, cette recherche n'a pas été « facilité » par un autre psychiatre lyonnais, Jean Furtos, qui, à la même période, crée, en 1996, avec le sociologue Christian Laval, l'Orspere (l'Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion) au sein de l'hôpital du Vinatier. Comme le rappelle le Dr. Vignat, les deux dispositifs ne sont pas concurrents mais se complètent : Interface SDF intervient directement sur le terrain auprès des sans-abri et des professionnels alors que l'Orspere est un espace de recherche et de formation.

dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.[176] »

Interface SDF est également une source d'inspiration pour la création de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital qui adviendra quatre ans plus tard, en 2001. Elle représente l'envers somatique de l'équipe créé par le Dr. Vignat.

c/ Coordonner l'accès aux soins : l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital

L'Équipe Mobile naît après Interface SDF, en juin 2001, dans le cadre de la création du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH). Ce réseau réunit plusieurs institutions de l'agglomération lyonnaise engagées dans l'« accès aux soins » : Interface SDF, la Veille Sociale Mobile (future Samu Social 69), Médecins du Monde, le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri qui comprend un « point santé » et des « lits de repos » pour hommes, l'Armée du Salut qui gère des « lits de repos » pour femmes, et donc l'Équipe Mobile du RSRH. En 2009, les Lits Halte Soins Santé de la Villa d'Hestia, qui viennent d'ouvrir, complètent ce réseau[177]. En 1999, « le Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc fait une demande à la DDASS pour la mise en place d'une PASS, comme le permet la loi » (Piegay, 2008, p.25), suite à la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Situé dans le 7ème arrondissement de Lyon, dans le centre-ville[178], à proximité du Centre Gabriel Rosset, et hôpital accueille une part importante des personnes sans abri se rendant à l'hôpital[179]. À l'époque, le dossier est pris en charge par Mme Berthet, conseillère technique à la DDASS en charge de l'urgence sociale. Elle réunit les différents partenaires pour penser un dispositif adapté à la situation

[176] CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf (consulté le 16/04/2020).

[177] Ces réseaux « officiels », qui ne recoupent pas nécessairement et pas complètement les réseaux qui s'élaborent autour des situations, comme nous le verrons dans les pages qui suivent, se développent dans plusieurs villes françaises à la suite de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. À Lille, par exemple, le Réseau Santé Précarité voit le jour en 2005 (Schlegel, 2019).

[178] Avec la fermeture de l'Hôtel-Dieu en 2010, l'hôpital Saint Joseph Saint Luc devient le seul hôpital du centre-ville de Lyon. Les deux autres grands hôpitaux (l'hôpital Édouard Herriot et l'hôpital de la Croix-Rousse) sont plus excentrés.

[179] En 2011, « les hôpitaux Edouard Herriot et Saint Luc-Saint Joseph [sic] concentrent la moitié des hospitalisations de la population [*des sans-abri*] et 88% des passages aux urgences. Il est intéressant de noter que l'hôpital Saint Luc-Saint Joseph accueille à lui seul plus de la moitié des passages aux urgences. En effet, situé en centre-ville et donc au plus près des centres d'hébergement ou des personnes sans domicile fixe, il est le lieu privilégié de recours au soin de cette population » (Labeille & *al.*, 2011, p.33-34).

locale. L'ouverture d'une PASS à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu en février 2000[180], en centre-ville de Lyon, à un kilomètre de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, amène les acteurs à envisager les missions de cette PASS différemment et de manière complémentaire aux dispositifs déjà présents sur le territoire lyonnais. L'absence de médicalisation du Samu Social 69 – à l'époque encore nommé la Veille Sociale – va avoir une influence considérable sur la configuration de cette PASS, comme me l'explique la première assistante sociale de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital :

> ASSISTANTE SOCIALE : La création de l'Équipe Mobile s'est faite sous l'impulsion de M^me^ Berthet, qui bossait à l'époque à la DDASS et qui, à la suite de l'appel à projet du Ministère pour la mise en place des PASS sur le territoire national, a vraiment insisté pour qu'en centre-ville il y ait une prise en compte de cette question des SDF, des sans-abri – à l'époque on était vraiment sur un public français, grand marginal avec pas mal d'années de rue, des gens qui se chronicisaient dans la précarité. Pour eux, la question de l'accès aux soins était compliquée puisque très souvent quand ils étaient accompagnés par des personnels, des bénévoles ou même le Samu Social, ils se faisaient souvent « jeter » aux portes de l'hôpital parce que ce sont des publics souvent très alcoolisés, avec des problèmes d'hygiène, *et cætera*. C'est vraiment dans cette dynamique là que M^me^ Berthet avait imaginé qu'on pouvait faire une PASS un peu spécifique pour ces publics-là. L'origine c'est vraiment ça. Et comme elle était à la DDASS qui, à l'époque, gérait le sanitaire et le social, elle était vraiment consciente des problématiques des structures qui s'occupaient des grands SDF et des problématiques que rencontraient les professionnels pour que ces publics puissent être soignés dans de bonnes conditions et accèdent aux soins.
>
> GABRIEL : L'idée c'était donc de compléter la Veille Sociale qui était uniquement…
>
> ASSISTANTE SOCIALE : Éducateurs, travailleurs sociaux… En fait, la spécificité du Samu Social à Lyon c'est qu'il n'a pas été médicalisé comme à Paris. Assez rapidement, ils se sont rendu compte que ça pouvait être une fragilité pour accompagner ces publics puisque les problèmes de santé sont majeurs. On est quand même sur des publics avec des conditions d'hygiène et de vie difficiles et puis souvent des problèmes de dépendances aux toxiques qui font qu'au niveau médical ce sont des gens qui sont souvent très malades. De mes souvenirs, l'idée c'était vraiment de soutenir le Samu Social sur le plan du soin, être en support de la Veille Sociale pour permettre l'accès aux soins des publics de la Veille Sociale. L'objectif c'était vraiment ça au départ […].

Dès le départ donc, le projet de la PASS de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc cible un public spécifique, celui de la Veille Sociale. Plutôt que de s'orienter vers un dispositif ouvert à toutes les personnes sans couverture maladie, comme le font habituellement les PASS, l'idée est de se focaliser sur un public spécifique : les sans-abri. L'absence de médicalisation de la Veille

[180] Cette PASS institutionnalise des pratiques, déjà existantes dans l'hôpital, de prise en charge de personnes en situation de précarité et toxicomanes.

Sociale ne facilite pas l'accompagnement aux « soins », notamment hospitaliers, de ces personnes. Elles se font « jeter aux portes de l'hôpital », selon des mécanismes analysés dans la première section de ce chapitre. Pour mieux entrer dans l'hôpital, il faut d'abord en sortir. Mais une question se pose : pourquoi ne pas médicaliser la Veille Sociale existante, en ajoutant des professionnels médicaux et infirmiers, plutôt que de créer une PASS qui viendrait la soutenir ? L'enquête n'a pas permis de déchiffrer précisément ce point même si l'ancienne assistante sociale de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital donne quelques éléments :

> ASSISTANTE SOCIALE : À l'époque, l'association Entretemps qui gérait le Samu Social ne voulait pas être médicalisée. Et la position de la DDASS de l'époque c'était aussi de ne pas faire un Samu Social comme à Paris. Pourquoi ? Je n'en sais pas plus. Est-ce que c'est pour se différencier de Paris ? Les politiques sont quand même très parisianno-centré. Il y avait quelque chose de cet ordre-là, de faire un projet…
>
> GABRIEL : De se distinguer ?
>
> ASSISTANTE SOCIALE : Ouais voilà. Je pense que c'est le mot : de la distinction [*rire*].

La PASS de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc se développe à la croisée d'une trois éléments. Premièrement, un contexte national : il existe au niveau de l'État des financements publics pour des dispositifs favorisant l'accès aux soins, dans la lignée de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Deuxièmement, un contexte institutionnel local : une PASS « classique » est déjà présente à l'Hôtel-Dieu et la Veille Sociale ne fonctionne pas sur un modèle médico-social mais uniquement social. Troisièmement, les professionnels repèrent sur le terrain des problématiques de santé et de difficultés dans l'accès aux soins des sans-abri pour lesquelles il faut développer de nouvelles réponses. C'est ainsi que cette PASS prend la forme originale d'un un « service interstitiel » (Lovell, 1996) qui se niche *entre* l'intérieur de l'hôpital et l'extérieur, *entre* le monde médical et le monde de l'assistance. Cette équipe mobile, même si la comparaison n'apparaît jamais dans les projets, les conventions ou les rapports d'activité consultés, se rapproche d'Interface SDF. À l'instar de l'équipe créée par le Dr. Vignat, on retrouve au sein de cette équipe le travail en direction des sans-abri et des professionnels, les dimensions d'« expertise » et de « passerelle », caractéristiques des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité et que distinguent Ana Marques dans sa thèse à partir du cas de l'EMPP d'Esquirol (Marques, 2010) :

> « En position d'*expertise*, il ne répond pas directement à la demande de prise en charge, mais il évalue et oriente l'usager vers le service approprié, notamment

> psychiatrique. En revanche, si un travail préalable doit être fait auprès de la personne pour qu'elle accepte une orientation, et si l'intervenant psy ne peut pas confier ce travail à un partenaire, il fait office de *passerelle* entre le partenaire et l'usager d'un côté, et l'équipe du secteur psychiatrique de l'autre côté » (Marques dans Cefaï & Gardella, 2011, p.492).

Néanmoins, deux différences doivent être mentionnées. D'une part, le travail d'accompagnement chez des médecins généralistes ou spécialistes semble plus présent chez les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital que chez Interface SDF. D'autre part, l'équipe mobile rattachée à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc comprend une assistante sociale, ce qui n'est pas le cas pour l'équipe de l'hôpital Saint Jean de Dieu. Lors de mon enquête de terrain au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, elle apparaît aux yeux des professionnels de l'urgence sociale comme le pendant somatique d'Interface SDF. Face à une situation, les travailleurs sociaux opèrent un premier cadrage qui oriente la demande soit du côté de l'une ou de l'autre équipe – il arrive parfois que les deux équipes soient sollicitées pour une même situation[181].

Si la création de cette équipe, après celle d'Interface SDF et de la PASS de l'Hôtel-Dieu, témoigne d'un souci pour l'accueil des personnes sans abri à l'hôpital, cette préoccupation demeure marginale dans l'institution hospitalière. Preuve en est, la place tant spatiale que symbolique accordée aux professionnelles de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, comme me le décrit la première assistante sociale du dispositif :

> ASSISTANTE SOCIALE : Je suis arrivée un 18 juin 2001 dans un bureau sans fenêtre de 9m^2 […]. On n'avait pas de portable. On avait des conditions de travail exécrables. Pas d'ordinateur, il est arrivé quelques années après. L'investissement de l'hôpital c'était… Ils nous faisaient confiance mais ils ne nous donnaient pas beaucoup d'outils et pas beaucoup de cadre. Il a fallu qu'on se démerde […]. On était dans le vieil hôpital que tu n'as pas connu, le vieil hôpital Saint Joseph qui était à la place de l'Université Lyon II qui vient de sortir de terre il n'y a pas longtemps. On était dans cet hôpital, dans un local qui était à un moment donné la chambre de repos des internes des urgences [*rire*]. À l'époque ils étaient en train de construire Saint Joseph Saint Luc… On a dû rester une année dans ce local pourri. Ils nous ont très vite dit qu'ils ne nous avaient pas prévu dans l'hôpital neuf puisque ce projet de PASS Mobile est arrivé après que le projet de nouvel hôpital ait été conçu. Nous on est arrivées, on ne savait pas quoi faire de nous. Dans l'ancien hôpital, je ne t'en parle pas, mais dans le nouveau on n'était même pas prévues. C'est pour ça qu'ils nous ont mis à la rue Raulin[182], qui était à l'époque les archives de l'hôpital. D'ailleurs, les archives sont encore en dessous. C'étaient des bureaux d'archives qu'ils ont dégagés

[181] Je n'en dirai pas plus sur ce travail de cadrage des travailleurs sociaux puisque j'ai toujours mené mes observations en accompagnant des professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital.

[182] La rue Raulin est la rue sur laquelle donne l'entrée des urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc. Entre le local de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et les urgences, il y a 200 mètres.

> et un petit peu aménagés. Mais c'est beaucoup dire. On est resté pendant des années dans des locaux qui étaient sales, tu ne peux pas t'imaginer. Toi t'avais des locaux à peu près propres quand tu y étais. C'était limite acceptable. Symboliquement, on était un peu traitées comme notre public.

À cela, il faut ajouter le fait que les membres de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital n'ont jamais bénéficié de moyens de transport pour se déplacer, un comble pour une équipe mobile ! Au cours de mon enquête de terrain, certains membres de l'équipe se déplaçaient avec leur voiture personnelle, leur vélo ou les transports en commun. Quelques fois, ils empruntaient les voitures institutionnelles de certains partenaires pour assurer des accompagnements. Cette absence de moyens pour se déplacer est d'autant plus paradoxale qu'à l'origine, l'équipe est mandatée pour « [assurer] aussi une fonction de coordination des partenaires participant à la prise en charge sociale et/ou sanitaire des personnes[183] ». Il s'agissait d'assurer la coordination des membres du Réseau Social Rue Hôpital, tout en intervenant directement auprès de professionnels de multiples institutions et des personnes sans abri. Comme me l'explique l'ancienne assistante sociale, cette double mission, beaucoup trop générale pour une si petite équipe[184], n'a pas pu être assumée :

> ASSISTANTE SOCIALE : Le réseau s'est fait plutôt avec chacune des structures donc par exemple avec le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri on y allait toutes les semaines, avec le Samu Social on se faisait une réunion tous les 15 jours il me semble, avec l'Armée du Salut c'était aussi tous les 15 jours. Voilà, on avait un rythme instauré de réunions, d'échanges. Mais c'est vrai qu'on n'a jamais réussi à prendre la place que les textes nous demandaient de faire au départ, c'est-à-dire de coordonner les actions de santé ce que la coordinatrice[185] commence à construire depuis trois ans. Mais nous on n'a jamais réussi à le faire parce qu'on était dedans et dehors en même temps, ce qui était compliqué. Être une équipe d'intervention mobile et en même temps celle qui doit coordonner l'ensemble des interventions de tous les intervenants, c'était quand même un peu compliqué.

Si le Réseau Social Rue Hôpital existe à un niveau institutionnel, dans les pratiques des professionnels une multitude de réseaux coexistent, se constituent autour de la personne sans abri et se reconfigurent au gré de l'accompagnement (Ravon, 2008b, p.231). Si ces réseaux recoupent parfois celui du RSRH, au sens où ils réunissent des professionnels appartenant à des institutions membres du RSRH, ils vont plus généralement le déborder, intégrant des professionnels d'autres institutions. Les professionnels l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue

[183] Archives de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, « Convention cadre relative au Réseau Social Rue Hôpital », 2000.
[184] Une assistante sociale et une infirmière à temps plein, auquel s'ajoute la médecin à mi-temps.
[185] Recrutée en 2012, la coordinatrice du Réseau Social Rue Hôpital travaille à mi-temps.

Hôpital vont multiplier ces réseaux en intervenant auprès des sans-abri et en systématisant les accompagnements chez des professionnels de santé de « droit commun », comme nous le verrons dans la section 3 de ce chapitre.

***

La catégorie de « droit commun[186] » est au fondement du Réseau Sociale Rue Hôpital et de son Équipe Mobile. On la retrouve également à Interface SDF. Selon Julien Damon, « l'expression, très prisée, de "droit commun" n'a juridiquement pas grand sens, car le droit de l'aide et de l'action sociale, dont relèvent une grande partie des services "d'urgence sociale", n'est pas moins "commun" que d'autres droits » (Damon, 2012 [2002], p.208). Cette catégorie, largement utilisée par les professionnels de l'urgence sociale, renvoie sur le terrain à des institutions et des dispositifs de soins réservés à aucun public et ouverts à tous. Le cabinet du médecin généraliste relève, par exemple, du « droit commun ». Ainsi, il s'oppose, à première vue, à des lieux de soins spécifiques comme en témoigne cet extrait de l'« avant-projet » du RSRH :

> « [Le projet] traduit la volonté unanime d'écarter toute stigmatisation des publics par *le refus de créer des lieux de soins spécifiques* (bus mobile ou dispensaire au sein de l'hôpital). L'objectif dominant vise à inscrire la population concernée dans le *droit commun* en développant le travail en réseau[187] » (Je souligne).

Cette formulation soulève une opposition et met en tension les lieux de soins réservées aux personnes sans abri et ceux de « droit commun » ouverts à tous et donc aussi aux sans-abri. Cette tension renvoie à un débat qui traverse le problème public de l'« accès aux soins » et qui pourrait se résumer dans la question suivante : faut-il créer des lieux de soins spécifiques à certains publics qui ont des difficultés à accéder aux institutions de soins de « droit commun », quitte à créer des filières de soins parallèles ? Isabelle Parizot a parfaitement analysé les enjeux de ce débat sous le registre de la « dialectique de l'humanitaire médical en France » (Parizot, 2003, p.82-93). Certaines associations, comme Médecins du Monde, se positionnent du côté d'une ouverture de lieux de soins spécifiques. Depuis la création de sa Mission France à Paris, en 1986, Médecins du Monde s'est élargie à plusieurs villes françaises (dont Lyon, en 1987) où elle a multiplié les initiatives et les expérimentations

[186] Je garde le terme entre guillemets pour insister sur le fait qu'il s'agit d'une catégorie mobilisée par les acteurs.
[187] Archives de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, G. Colombet & R. Berthet, « Avant-projet « Réseau Social Rue Hôpital », 1er version 21 avril 2000.

auprès d'une diversité de publics : usagers de drogues, personnes se prostituant, sans-abri, habitants des bidonvilles, demandeurs d'asile, *et cætera.* Comme me l'explique une responsable locale de Médecins du Monde, ces actions n'ont pas vocation à durer :

> « Ce qu'on peut dire nous, à Médecins du Monde, c'est que notre objectif c'est de disparaître à terme. Donc le centre de soin [*le CASO, Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation*], l'objectif c'est que tous les patients soient repris par la PASS Fixe bon… on est loin du compte et en ce qui concerne le travail qui est fait sur le Bus et sur la Mission squats et bidonvilles, *idem* ça pourrait très bien être repris par une PASS Mobile. Et c'est vrai qu'à un moment moi… quand on avait envisagé le partenariat avec la PASS Mobile, je le voyais aussi dans cet objectif-là. C'est à dire on bosse ensemble à un moment et puis à un moment ben peut-être que la PASS aurait pu prendre le relais… C'est ce qu'on a fait sur les programmes de réduction des risques avec les CAARUD[188]. »

Par ses dispositifs, Médecins du Monde entend répondre à des besoins qui ne sont pas ou mal pris en charge par les institutions de « droit commun ». Mais ces dispositifs sont *provisoires*, au double sens qu'ils n'ont pas vocation à être pérennisés et qu'ils constituent des lieux transitionnels, une étape intermédiaire vers le « droit commun » pour les personnes soignées. En parallèle, ces activités nourrissent une mission d'« observatoire de l'accès aux droits et aux soins » et des interpellations et prises de position publiques. D'autres associations ont, au contraire, fait le choix d'arrêter leurs missions de soins auprès de publics spécifiques estimant que ce travail relevait des institutions de « droit commun ». C'est par exemple le cas de Médecins Sans Frontières qui, en 1995, décide de fermer son dispensaire à Lyon « pour inciter les pouvoirs publics à assumer leurs responsabilités » (MSF, rapport d'activité 1995 cité dans Parizot, 2003, p.84). Néanmoins, l'enquête sur la création d'Interface SDF et de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital invite à faire un pas supplémentaire. Reprenons l'avant-projet du Réseau Social Rue Hôpital. La phrase susmentionnée disparaît de la convention cadre qui sera signée par l'ensemble des membres du Réseau Social Rue Hôpital, en 2001. Demeure, seulement, l'objectif de « mieux répondre aux besoins des personnes en situation d'exclusion et faciliter leur accès aux soins en utilisant tous les services de droit commun[189] ». Ce changement de phrase n'est pas anodin, il constitue un indice pour reformuler autrement le débat entre « droit commun » et soins dédiés à un public. En effet,

[188] Entre la fin des années 1980 et les années 2000, Médecins du Monde a fait partie des premières associations à mettre en place des expérimentations relevant de la réduction des risques auprès des usagers de drogues, parmi lesquelles les programmes d'échange de seringues. À Lyon, Médecins du Monde a progressivement arrêté cette action car elle était de mieux en mieux assurée par les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues).

[189] Archives de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital « Convention cadre relative au Réseau Social Rue Hôpital », 2000.

des dispositifs comme Interface SDF et l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital sont bien des dispositifs dédiés, réservés aux personnes sans abri. Pourtant, comme je l'ai montré dans cette section 2, ils apparaissent dans des hôpitaux c'est-à-dire dans des institutions dites de « droit commun ». Ainsi, la frontière entre dispositifs dédiés et « droit commun » est plus poreuse qu'elle n'y paraît et, plutôt qu'une *tension*, l'accès aux soins des sans-abri engage une *imbrication* de ces deux formes de réponses : dans les institutions de « droit commun », on retrouve des dispositifs dédiés à certains publics (les PASS, Interface SDF ou l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital) ; dans des institutions spécifiques à certains publics, on retrouve des interventions dites de « droit commun », comme nous le verrons dans le chapitre 3 avec, par exemple, des « soins à domicile » dans des institutions d'hébergement pour les sans-abri. Ainsi, l'enquête généalogique permet de comprendre qu'il n'existe pas des filières de soins *parallèles* ; *parallèle* sous-entendant que ces filières ne se rencontrent jamais. Il existe des filières de soins qui se *croisent*, plus ou moins fréquemment. Ce « plus ou moins fréquemment » pointe la question des moyens financiers et humains. Si on garde le cas lyonnais, seulement deux équipes mobiles médico-sociales s'attèlent à cette mission. L'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital ne comprend que deux infirmier (1,5 équivalent temps plein) et n'a pas de moyen de locomotion. Le témoignage de la première assistante sociale de l'équipe insiste également sur la faible reconnaissance que les professionnels ont reçu depuis leur arrivée. Cette filière de soins apparaît comme une filière *précaire* dans le monde médical. Et, plus elle sera marginalisée, moins les points de rencontres seront possibles avec les soins de « droit commun ». Or il me semble que c'est dans la qualité de ces rencontres que s'accomplit la portée politique de l'accompagnement aux soins des sans-abri et que se rappelle la « citoyenneté » de ces patients (Parizot, 2003). C'est un point que je développerai dans la conclusion de cette partie 1. Cependant, il est nécessaire de revenir à l'enquête ethnographique pour analyser, justement, comment ces moments de *rencontres* s'organisent et s'accomplissent. C'est ce que nous allons voir dans la section 3.

Section 3 – Le travail d'articulation des tiers-infirmiers

Après avoir analysé l'émergence du Samu Social 69 et des deux équipes mobiles hospitalières dédiées à l'accès aux soins des sans-abri dans l'agglomération lyonnaise, arrêtons-nous sur l'une d'entre elle, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, dans laquelle j'ai mené une enquête de terrain entre novembre 2013 et juin 2014. Pour rappel, il s'agit d'une équipe rattachée à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, composée d'une assistante sociale (à temps plein), de deux infirmiers (1,5 équivalent temps plein), d'un secrétaire à mi-temps et, durant les premiers mois de mon travail de terrain, d'une médecin-cheffe de service (0,55 équivalent temps plein). Mes observations ont principalement été menées auprès des infirmiers et, à un degré moindre, auprès de l'assistante sociale. Dans cette section, je commence à analyser le travail des infirmiers et du double mouvement, précédemment exposé, caractéristique de leurs pratiques : aller vers les sans-abri, dans le monde de l'assistance, pour les accompagner dans le monde médical. Le « travail d'articulation » (Strauss & *al.*, 1992 [1985b]) des infirmiers sera analysé en deux temps. D'abord, en amont, lorsqu'ils préparent la consultation médicale et rendent possible la rencontre du patient sans abri avec un médecin (1). Ensuite, durant la consultation médicale, dans le cadre de laquelle ils endossent un rôle de « porte-parole » qui favorise la considération des singularités du patient. C'est leur position de « tiers » (Chave, 2010) dans les interactions qui me préoccupera dans cette section.

1/ Instaurer les possibilités d'une rencontre

L'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital a pour mission d'accompagner les personnes sans abri aux soins dits de « droit commun ». Cela revient généralement à les accompagner chez des médecins généralistes ou spécialistes. Cette rencontre ne s'improvise pas, elle est préparée par les infirmiers. Dans un premier temps, il s'agit de faire connaissance avec une personne sans abri, de présenter l'équipe mobile et d'évaluer la pertinence de l'accompagnement (a). Si les professionnels estiment leur accompagnement légitime, ils organisent un rendez-vous en tenant compte des singularités des personnes (b). Ce travail s'accompagne, auprès du médecin et du service qui va le recevoir, d'une présentation personnalisée du patient qui permet de complexifier et de nuancer le travail de « typification » des sans-abri accompli par les professionnels hospitaliers (c). Les infirmiers rattachent toutes

ces pratiques à des expériences passées au sein du monde médical qui leur permettent d'en maitriser les codes et les règles en vigueur.

a/ Établir des premiers contacts

Les personnes sans abri ne peuvent pas se rendre au local de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital pour rencontrer les professionnels et ne peuvent pas les appeler directement pour prendre un rendez-vous. La majorité des premières rencontres adviennent à la suite d'une sollicitation d'un professionnel de l'urgence sociale, généralement un travailleur social[190]. Ces derniers les contactent quand ils sont confrontés à des situations sur lesquelles ils sont en difficultés, sur lesquelles ils ont des doutes quant à la prise en charge médicale ou pour lesquelles ils ont déjà essayé d'apporter des réponses mais sans succès, comme l'exprime cette assistante sociale d'un CHRS : « Avant de les appeler, on a vraiment essayé autre chose, on a essayé le droit commun. C'est à dire que quand on les appelle ça ne fonctionne pas sur le droit commun. On ne les appelle pas avant d'avoir tout essayé. » À l'instar des sollicitations envers les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), comme Interface SDF, les partenaires opèrent un « signalement » quand ils n'arrivent plus à « gérer » la situation (Marques, 2010, p.196). Pour les EMPP, il s'agit d'un signalement étiqueté « psy », pour l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, il s'agit d'un signalement étiqueté « somatique ».

Après la sollicitation, les professionnels viennent rencontrer la personne sans abri pour évaluer la situation et définir la suite de la prise en charge. Quelques fois, il est arrivé que la personne ne soit pas présente à ce premier rendez-vous. C'est par exemple le cas le 16 décembre 2013. Avec Ilyan, nous nous rendons, en milieu d'après-midi, à l'accueil de jour la Péniche, amarrée sur un quai du Rhône. Une assistante sociale l'a sollicité pour rencontrer une personne pour qui elle s'inquiète. Il s'agit d'un homme qui vit à la rue, boit de l'alcool mais à un traitement à suivre mais elle ne sait pas s'il le suit, comme elle nous le rappelle en attendant qu'il arrive. Elle ajoute qu'il a accepté de rencontrer l'infirmier. Après plusieurs

[190] Ilyan, l'un des infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, exerçant à temps plein, assure des permanences dans trois institutions d'hébergement une fois par semaine. Il passe jusqu'à une demi-journée dans la structure, circulant entre différents espaces, discutant avec des professionnels et des hébergés, prenant des nouvelles des uns et des autres. Il arrive qu'il se fasse interpeller directement par des patients qui lui posent une question relative à des soins, comme on le verra dans le chapitre 3 ; lors de mes observations, il s'agissait toujours de patients qui le connaissaient déjà. Cependant, comme il me l'a affirmé, il est arrivé quelques fois que lors de ces permanences il se fasse directement sollicité par une personne sans l'intervention d'un tiers (qu'il s'agisse d'un professionnel ou d'un autre hébergé).

minutes d'attente, elle se décide à lui téléphoner. Il lui explique qu'il ne peut pas venir, précise qu'il n'a aucun souci et qu'il n'a pas besoin de voir l'infirmier. L'assistante sociale est gênée, elle s'excuse auprès de l'infirmier de l'avoir fait « venir pour rien ». Il la rassure en lui signalant que ça lui arrive « souvent ». Ilyan lui demande quand elle lui a donné le rendez-vous. « La semaine dernière », répond-elle. « Et vous-lui avez rappelé ? » Elle n'y a « pas pensé », elle regrette de ne pas l'avoir fait la veille lorsqu'elle l'a vu. Ilyan lui indique qu'il est mieux de leur rappeler plusieurs fois, « les personnes peuvent oublier ». En quittant la Péniche, sur le chemin du retour vers le local de l'équipe, l'infirmier analyse ce rendez-vous manqué à l'aune du manque d'expérience de l'assistante sociale, une jeune professionnelle qui débute. Selon lui, ce type de situation va la conduire à ajuster sa pratique afin de s'assurer que la personne qu'elle accompagne ait bien en tête la date et l'heure d'un éventuel rendez-vous. On entrevoit, ici, le travail de négociation mené par les travailleurs sociaux, en amont du premier rendez-vous avec un infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, avec les personnes sans abri.

Au cours de mon enquête, j'ai observé peu de rendez-vous manqués. La plupart du temps, le travailleur social qui a sollicité l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital est présent avec la personne qu'il accompagne, comme l'illustre le cas suivant. Nous sommes le 4 février 2014. Le Village Mobile, un petit « village » de bungalows, a ouvert ses portes sur la commune de Villeurbanne au mois de janvier, dans le cadre du Plan Froid. Il regroupe une centaine de personnes. Mathieu, un professionnel du Samu Social 69 a sollicité l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital pour qu'ils viennent rencontrer un homme qui vient d'arriver au Village Mobile et se plaint de douleurs aux pieds. Ilyan et Fabienne, les deux infirmiers, y vont ensemble. C'est l'une des rares fois où ils interviennent ensemble, au même moment, sur la même situation. Ils décident de s'y rendre ensemble afin de rencontrer l'équipe du Village Mobile, être repérés et accueillir les éventuelles demandes qu'ils pourraient avoir – ils n'ont pas encore eu l'occasion d'y aller cette année. À notre arrivée, nous retrouvons Mathieu. On se rend dans une grande salle, le réfectoire semble-t-il, qui est en train d'être nettoyé par une femme qui passe la serpillère ; notre présence ne la dérange pas, on s'installe sur des chaises réparties autour d'une table, dans un coin de la salle. Mathieu évoque rapidement la situation de Monsieur Menel. Il est âgé de 70 ans et, avant d'être accueilli ici, dormait dans la rue, dans le quartier de la Part-Dieu. C'est en arrivant au Village Mobile qu'il a commencé à parler de ses douleurs aux pieds, qu'il n'avait jusqu'à présent pas exprimées. Mathieu ne sait pas quel est le problème et ne précise pas s'il a regardé ses pieds.

Il aimerait bénéficier du regard des infirmiers. Après avoir dit ça, il va chercher Monsieur Menel dans sa chambre. Il accepte que je l'accompagne. Nous entrons dans un grand bungalow composé de plusieurs petites chambres individuelles, d'environ 5m^2. Nous frappons à une porte. Monsieur Menel nous ouvre. Nous le saluons et je me présente. Mathieu lui explique que les infirmiers sont là, comme il lui en avait parlé, et, s'il le souhaite, il peut les rencontrer. Il accepte. Il met ses chaussures. La chambre est composée d'un lit, d'un petit lavabo surplombé d'un miroir et d'une fenêtre. Sur le moment, je ne remarque pas s'il y a un meuble pour ranger des affaires personnelles. Nous retournons dans la grande salle. L'homme marche très doucement, nous suivons son rythme. Une fois arrivés, Ilyan et Fabienne lui serrent la main et se présentent : « Cette poignée de main est à la fois un rite d'interaction qui ouvre la séquence de la rencontre, l'assurance de dispositions pacifiques de part et d'autre et une façon de nouer un lien, un geste d'humanité » (Cefaï & Gardella, 2011, p.158). Tout le monde s'assoit. Ilyan prend la parole : « Je vous ai vu marcher là, vous semblez ressentir des douleurs ? » Il introduit le sujet, non pas en faisant référence à la sollicitation du travailleur social, mais en partageant une observation instantanée. Monsieur Menel lui confirme : « J'ai mal au pied [*indiquant le pied gauche*] et également au genou [*genou droit*]. » Ilyan lui demande s'il peut voir ; l'homme accepte et se déchausse. Il enlève ses chaussettes et montre son pied. En dessous de son gros orteil, il a une importante bosse, des orteils se chevauchent. L'infirmier se penche sur le pied. Instantanément, il pose un diagnostic : « C'est un *hallux valgus*. » Fabienne s'est levée, se penche également et confirme le diagnostic. Ilyan se met accroupi et pose le pied de l'homme sur son genou. Il regarde plus attentivement, il examine, les mains à même la peau il touche du bout des doigts pour ne pas lui faire mal : « La palpation sert au contrôle thérapeutique, mais elle a aussi sa place dans le travail d'"apprivoisement". Accepter de se laisser ausculter, même de façon sommaire, avec ou sans la médiation du stéthoscope, signifie beaucoup plus que se prêter à un geste médical. C'est accorder le droit de pénétrer dans la "bulle sacrée" de la proximité corporelle, dans l'espace intime, ce territoire souvent invisible, à géométrie variable, cette zone limitrophe du "moi-peau" » (Cefaï & Gardella, 2011, p.160). L'« apprivoisement », si on reprend cette catégorie répandue dans le monde de l'assistance et estampillée Samusocial de Paris[191], est mutuelle : l'infirmier « apprivoise » le patient en même temps qu'il se laisse « apprivoiser » par lui. Les gestes sont primordiaux. Pour l'infirmier, ils lui permettent de définir la situation, comprendre ce qu'a la personne et ce qu'il peut lui apporter ; pour la personne sans abri, ces gestes lui

[191] Xavier Emmanuelli reprend la métaphore du Petit Prince.

permettent d'identifier à qui il a affaire. Les gestes de l'infirmier et la manière de toucher le corps le distinguent du travailleur social. Tout en l'auscultant, l'infirmier lui pose des questions : « Vous avez mal là ? Ici ? » Après 2-3 minutes, il repose son pied et laisse Monsieur Menel se rechausser. « Ça me fait mal avec les chaussures. Je chausse du 45 mais je dois prendre du 48-49 pour que mon pied rentre dans la chaussure. » Ilyan lui explique qu'il faut aller voir un médecin. Il est d'accord. Après les pieds, il est question du genou. L'infirmier demande s'il peut le lui montrer. Il accepte et commence à relever son jean. Cependant, le jean est trop serré et Monsieur Menel ne peut pas le relever au-dessus du genou ; Ilyan touche alors le genou douloureux et touche le second de l'autre main, à travers le pantalon, pour faire une comparaison. Il lui semble que le genou est plus gonflé, évoque une possible arthrose. Fabienne se lève et effectue les mêmes gestes : d'abord le genou douloureux puis les deux genoux en même temps. Elle s'accorde avec son collègue et lui propose une interprétation : « Du fait de la douleur au pied il a peut-être plus forcé sur une jambe et il s'est fait de l'arthrose. » Elle lui demande alors depuis quand il a mal au pied et au genou. « Le pied, ça fait un an... Le genou c'est plus vieux, je sais plus. » L'infirmière reconnaît qu'elle s'est « trompée » Un petit temps de silence. Elle reprend : « En fait c'est peut-être l'inverse : du fait de la douleur au genou il a forcé sur l'autre pied et ça a accéléré le *hallux valgus*. » Quoi qu'il en soit les deux douleurs sont semble-t-il liées. Ilyan approuve la seconde interprétation de Fabienne. Monsieur Menel s'inquiète, il signale aux infirmiers qu'il n'a pas d'assurance maladie et de couverture sociale. Ils lui expliquent que ce n'est pas grave, en attendant qu'un travailleur social engage ces démarches administratives, ils iront à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital Édouard Herriot pour voir un médecin plus rapidement. Ilyan l'accompagnera quelques jours plus tard.

Vianney Schlegel, décrivant les pratiques des infirmiers du Samu Social de Lille, estime que « 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 de droit commun ou spécialisés […]. Les actes de soins représentent finalement la portion congrue du travail et s'apparentent à de la "*bobologie*" […]. 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 » (Schlegel, 2019, p.452). La pratique des infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital est très proche de celle des infirmiers du Samu Social de Lille.

Cependant, au regard de la manière dont j'ai défini le « soin » en introduction, en refusant de réitérer la distinction entre c*are* et *cure*, « rassurer », « témoigner de la sollicitude » et « créer du lien » sont bien des actes de soins et du soin en action. Ainsi, même si les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital assurent ne pas réaliser de soins techniques mais accompagner les personnes aux « soins », cette rencontre nous indique autre chose. La manière d'appréhender le corps, de le toucher afin d'identifier une pathologie et définir un soin, est déjà, en lui-même, un acte de soin. C'est la première étape, le premier contact (physique) qui ouvre sur les possibilités d'un accompagnement auprès d'un médecin. C'est pourquoi, lors de ces premières rencontres, examiner le corps et le toucher vont souvent de pair, comme en atteste cette autre situation. Nous sommes le 27 mars 2014. Fabienne a été sollicitée par un professionnel du Samu Social 69 pour rencontrer Denis, un homme qu'il accompagne et qui a intégré un centre d'hébergement il y a un mois. Il présente des troubles de la mémoire – par exemple, chaque jour il répète qu'il est arrivé la veille – et s'interroge sur les démarches à suivre. Arrivés dans l'institution d'hébergement, nous le trouvons dans la salle commune de la structure, assis devant la télévision. Nous le saluons et l'infirmière se présente. Lorsqu'elle lui dit qu'elle est infirmière, Denis la coupe : « Oh mais moi la santé ça va, je n'ai pas de problème. » Elle lui dit « ok » mais lui demande si « on peut quand même discuter quelques instants ? Faire connaissance ? » Il accepte. Nous nous installons tous les quatre autour d'une table, toujours dans la salle commune. Fabienne pose les questions, donne le rythme de la conversation. Elle s'intéresse d'abord à son histoire personnelle, à son métier, une dimension à laquelle elle est sensible et qu'elle n'hésite pas à rappeler quand elle accompagne une personne sans abri chez un médecin. Il nous explique qu'il a été menuisier dans l'Oise, dont il est originaire. Fabienne l'interroge ensuite à son histoire médicale : « Au niveau de la santé, vous avez déjà eu des problèmes ? » Il nous explique qu'il a eu une « disqualification osseuse de la mâchoire », c'est pourquoi il s'est laissé pousser la barbe : « Comme ça, ça ne se voit pas. » L'infirmière oriente progressivement ses questions sur ce qui lui a été dit lors de la sollicitation par le travailleur social. Elle lui demande par qui il est suivi. « Ben je viens juste d'arriver, donc je n'en ai pas encore. » Elle lui demande la date. « On est le 20 quelque chose. » Tout en l'écoutant, l'infirmière observe Denis, les parties du corps qui ne sont pas cachées par les vêtements. Elle est sensible au visage mais aussi aux mains qui se plient et se replient, se croisent et se décroisent. Elle remarque ce qui s'apparente à une « ampoule » sur l'un des doigts : « Je peux voir ? » Il lui tend la main, elle la prend dans les siennes, elle regarde, touche l'ampoule du bout des doigts, de la même façon délicate

qu'Ilyan affleurait le pied de Monsieur Menel. Elle réitère le geste pendant plusieurs secondes. Sans lâcher sa main – mais en ayant arrêté de l'examiner – elle l'interroge : « Comment vous vous êtes fait ça ? » Il explique qu'il a glissé dans le métro et qu'en retombant il s'est râpé les mains. Elle répond par un simple « hum ». Elle ne pose pas d'autres questions. Plus tard, en repartant de l'institution d'hébergement, elle me dira avoir de sérieux doutes sur cette explication : « Quand tu tombes tu ne te fais pas des ampoules comme ça. Tu te brûles pour avoir des ampoules comme ça. C'est une brûlure au deuxième degré qu'il a ! » Sur le moment elle n'a rien dit, il fallait « préserver la face » (Goffman, 1974 [1967]) de la personne. Pour elle qui n'a pas encore de point de comparaison, cette explication lui permet de deviner les troubles de la mémoire de cet homme : il a oublié comment il s'est fait ça. Cette première rencontre ouvrira sur une autre et sera suivie d'un rendez-vous avec un neurologue. Là encore, cette première rencontre est une affaire de gestes et de corps.

b/ Organiser un rendez-vous

Cette première rencontre peut ne pas déboucher sur un accompagnement aux « soins », comme nous le verrons dans le chapitre 3. Dans d'autres cas, l'accompagnement s'engage et se traduit par la prise d'un rendez-vous médical[192]. C'est un travail essentiel et potentiellement prenant pour les infirmiers mais qu'il m'a été très difficile d'observer. En effet, il s'accomplit essentiellement par téléphone depuis le bureau de l'équipe, même s'il peut également s'effectuer en face à face. Comme le rappelle Marc Bessin, la relation de soin peut s'effectuer à distance et « les nouvelles technologies permettent des formes d'attention qui sont traduites en pratique à distance. Ainsi, toute la coordination des soins à une personne malade ou dépendante n'est pas nécessairement effectuée dans la proximité, contrairement au travail concret, matériel et dévalorisé auprès de la personne » (Bessin, 2014). Si les professionnels circulent entre différentes institutions et différentes personnes, ils se gardent donc aussi des créneaux pour travailler depuis leurs bureaux. Lors de ces moments trois tâches principales sont accomplies : une transmission verbale d'informations entre les professionnels autour de situations partagées ou pas ; une transmission écrite d'informations, dans les dossiers ouverts pour chaque patient, qui passe par des comptes rendus des

[192] Lorsque les patients sont accompagnés à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, comme Monsieur Menel, il n'y a pas de prise de rendez-vous possible. Les médecins reçoivent les personnes du premier au dernier arrivé.

rencontres et du travail effectué[193] ; et, enfin, des appels téléphoniques auprès de différents acteurs pour assurer la coordination de la prise en charge. Ces deux dernières tâches, Fabienne, l'infirmière, les désigne comme un travail de « bureautique » :

> FABIENNE : « Je fais mes écritures de dossiers tous les jours. C'est pareil, je peux partir en vacances demain mes dossiers sont faits au jour le jour, parce que c'est important je trouve. Et après, je fais beaucoup de choses, je travaille énormément par téléphone avec les secrétaires, avec les médecins, avec les infirmières, avec les éducs… Parce que je prends un moment pour rappeler les éducs, pour faire une relève orale… Voilà pour dire : "J'ai vu un tel, j'ai fait l'accompagnement, il s'est dit ça, il s'est fait ça." Soit je vois l'éduc quand je ramène la personne, soit je ne le vois pas et du coup je le rappelle, s'il est pas là je vais le rappeler dans mon moment de bureau où je sais que l'éduc est arrivé […]. C'est mon temps de relève. Relève écrite et relève orale. »

Très tôt, dans mon enquête de terrain, j'ai remarqué l'importance de ces temps au bureau : ils sont nombreux et réguliers. Néanmoins, je n'ai pas su m'en saisir d'un point de vue ethnographique. Par exemple, il aurait pu être envisageable de demander aux professionnels de mettre le haut-parleur pour pouvoir décrire le contenu de ces conversations téléphoniques[194]. Mis à part lorsqu'il y avait des conversations informelles entre les professionnelles, auxquelles je prenais part, j'utilisais ces temps au bureau pour rédiger mes notes de terrain. Je n'ai donc pas d'observation de ces échanges téléphoniques. Il me faut néanmoins revenir sur une partie des appels, à partir des entretiens avec les professionnels. En effet, comme le mentionne Fabienne, dans l'extrait précédemment cité, une partie de ce travail téléphonique consiste à appeler des secrétaires et des médecins, pour organiser un rendez-vous. Son organisation n'est pas évidente. Premièrement, il faut trouver un horaire qui corresponde aussi bien à la personne sans abri accompagnée qu'au professionnel soignant accompagnant :

> FABIENNE : Pour te donner un exemple : un patient avait un scanner à 6h30 du matin à Saint Joseph Saint Luc. Moi, il est hors de question qu'un patient ait un rendez-vous à 6h30 du matin, il faut s'adapter au patient, à mon travail, à tout. Du coup je discute avec la secrétaire qui ne me connaît pas mais qui me dit que les plages de jour sont réservées aux gens connus de l'hôpital et suivis par l'hôpital. Et les scanners sont donnés à ceux qu'ils ne connaissent pas beaucoup plus tard à 19h-19h30 ou à 6h30-7h du matin. Voilà donc j'ai dit : « Écoutez, on va trouver un moyen… » et elle me dit : « Ah mais est-ce qu'il est passé aux urgences ? » Tu vois,

[193] Sur ces écrits et leurs usages, je renvoie en particulier aux chapitres 4 et 5 de l'ouvrage de Jean-François Laé (2008), *Les nuits de la main courante. Ecritures au travail.*

[194] D'un point de vue méthodologique, j'aurais par exemple pu m'inspirer du travail d'Erwan Le Méner sur les écoutants du 115 (Le Méner, 2011).

à force de discuter… J'ai dit : « Oui il y est passé », donc on peut considérer qu'il est suivi par Saint Joseph [*rire*]. Tu vois, que des petits trucs comme ça. Pour un autre patient à l'hôpital de la Croix-Rousse : c'est une consultation où on attend trois heures. « Est-ce que vous pouvez donner les comprimés pour la préparation la veille en préopératoire ? », « du coup comme on est là est-ce qu'il y a moyen de lui faire une prise de sang plutôt que de revenir ? » Tu vois, ça sera toujours des discussions comme ça. Ce n'est pas passer par-dessus les barrières mais c'est un petit peu un système D, une histoire de bon sens pour les patients, pour éviter qu'ils reviennent mais ça tu… tu le fais parce que tu accompagnes. Pour moi c'est ça l'accompagnement.

GABRIEL : L'accompagnement, c'est ajuster finalement…

FABIENNE : C'est ajuster, rendre les choses plus agréable, plus facile, moins lourdes, dans des créneaux normaux. Pour moi ce sont des gens qui sont en dehors du lien donc il faut faire un accompagnement qui soit le plus normal possible… C'est faire en sorte que ce soit le moins galère possible. Moi je fais ça pour mon père, pour mes enfants, pour des amis. Donc j'estime que c'est mon travail de le faire avec eux. Eux, ils n'ont pas de famille, ils n'ont pas de gens pour faire ça et du coup moi je le fais avec eux. C'est-à-dire, tu sors de consultation, c'est d'essayer d'avoir le traitement tout de suite, tu sors de radio c'est d'avoir le médecin pour avoir un compte rendu. C'est cheminer sans être bouffé par le temps parce que je pense que comme ils sont en dehors du temps et du lien euh… C'est bien faire que les choses soient homogènes et pas tout le temps tiraillées. Tu vois, un scanner à 6h30, une consultation, une prise de sang trois jours après, une analyse d'urine quatre jours après, une autre consultation et puis les radios et puis… Que ce soit souple, que ce soit homogène, que ce soit fluide. Mon but c'est ça.

Les propos de l'infirmière sont riches. Ils montrent tout le travail qui est effectué en amont de la consultation médicale pour faciliter les parcours de soins, éviter les déplacements nombreux à la fois du patient et de la professionnelle. Son travail n'est pas caractéristique de l'accompagnement des sans-abri. Comme elle le dit, ce qu'elle fait avec eux se rapproche de ce qu'elle fait avec d'autres personnes. Son travail professionnel fait écho à celui que peuvent mettre en œuvre les proches, la famille d'un malade (Cresson, 1997 et 2006 ; Chave, 2010 ; Pennec, 2014 ; Anchisi, 2014 ; Douguet, 2014). À chaque fois, elle joue un rôle de « tiers » ; incarnant auprès des sans-abri ce tiers comme acteur « institutionnel » et auprès de sa famille ou d'amis ce tiers comme « proche » (Chave, 2010, p.375). Elle assure la mise en lien du patient avec le médecin et instaure les possibilités d'une rencontre. Ce travail peut s'apparenter à de la « ruse » (Hennion & Vidal-Naquet (dir.), 2012). Et en effet, les deux infirmiers de l'équipe « ont appris à ruser au fil du temps. Il s'agit pour eux de pratiquer malgré les carences de l'institution, de savoir s'insinuer dans le système de prise en charge malgré les obstacles pour permettre d'abord l'accès aux soins des personnes mais aussi leur

suivi au fil du temps. Les soignants accumulent au cours de leurs expériences un savoir-faire en matière de contournement » (Eliçabe & *al*., 2016, p.110-111). Accompagner aux soins les personnes sans abri équivaut à accompagner aux soins n'importe quelle personne. Selon Fabienne, la spécificité de cet accompagnement – qui contribue à sa professionnalisation – c'est l'absence d'un entourage, notamment familial, autour des personnes qu'elle suit. C'est parce qu'elles n'auraient pas de proches autour d'elles pour effectuer ce travail de coordination et d'accompagnement que l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital acquiert sa légitimité. L'entourage joue un rôle important dans l'accès aux soins et dans la manière dont les professionnels hospitaliers cadrent un patient. Comme le soulignent Nicolas Dodier et Agnès Camus, analysant l'admission des malades à l'hôpital, « l'entourage » du malade constitue une part de sa « valeur budgétaire » (Dodier & Camus, 1997a, p.746) ; cette dernière renvoyant à « ce que le patient représente, aux yeux du personnel, en termes de coûts à intégrer dans les calculs et les demandes de budget » (*Ibid*.). Si l'entourage est un aspect de cette valeur budgétaire, c'est qu'« être accompagné est une garantie donnée sur le fait que le patient ne présentera pas de problème pour la sortie de hôpital » (*Ibid*., p.747). Souvenons-nous de cette interaction entre Éric et une cadre de santé autour de la fin d'hospitalisation, dans la section 1 de ce chapitre. Le coût financier d'une journée d'hospitalisation était explicitement présenté par la cadre de santé pour faire comprendre au patient l'impossibilité dans laquelle elle se trouvait de le garder alors qu'il n'avait plus de soin. Dans certains cas, pour les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, prendre un rendez-vous – pour une intervention qui exige de passer au moins une nuit à l'hôpital – nécessite aussi de préparer la sortie. Faciliter la sortie, qui a été anticipée et préparée, facilite l'entrée à l'hôpital. C'est pourquoi, dans ce genre de situation, avant de prendre un rendez-vous à l'hôpital, les infirmiers s'assurent de pouvoir avoir une place à la Villa d'Hestia, par exemple, qui permettra d'assurer une transition avant un retour dans l'institution d'hébergement – si le patient à une place. Une sortie déjà organisée est un atout non négligeable qui permet de négocier une intervention et aussi de rassurer les professionnels hospitaliers qui n'auront pas à gérer la fin d'hospitalisation.

c/ (R)Attacher le patient aux professionnels soignants

En amont de la consultation médicale, en organisant la rencontre, les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital commencent à présenter le patient et sa situation en insistant sur son entourage, le réseau d'acteurs – généralement des professionnels – qui gravitent autour de la personne, comme l'explique Fabienne en s'appuyant sur l'exemple d'un patient hospitalisé :

> FABIENNE : Le patient, je le mets dans les mains de quelqu'un et la personne elle en prend son flambeau. Comme Jean Loret [*une personne sans abri*], pour sa hernie. La secrétaire du chirurgien elle le connaissait par cœur. Je lui ai raconté sa vie, je lui ai raconté comment il vivait à l'extérieur, sa famille qui essayait de le récupérer mais qui n'y arrivait pas à l'époque, comment il vivait, ce que c'était la Péniche [*un accueil de jour où il a ses habitudes*], l'assistante sociale qui était avec lui, tous ceux qui étaient autour de lui, tout le monde. Il y avait au moins dix personnes (des psy, des socio, des éducs, des gens de la mairie, le Samu Social, *et cætera*) et tout le monde était autour, et il fallait vraiment qu'il se fasse opérer de sa hernie. Du coup, la secrétaire et le chirurgien l'ont toujours attendu. Et quand tu l'expliques aussi aux infirmières en disant il va se tirer, je vais l'appeler pour le rassurer quant à sa voiture [*dans laquelle il dort et qui comprend toutes ses affaires*]… J'ai appelé l'infirmière à 19h, elle me dit : « Ah oui, c'est vous qui devez le rassurer sur sa voiture, attendez je vous le passe… » Voilà, tu fais le lien vraiment [*elle insiste sur le terme*] entre ce qui se passe dans la rue, la vie du patient et ce qui se passe dans l'hôpital. Et tu mets tout le monde aligné et là ça marche.

Si Fabienne évoquait, précédemment, le manque de « lien » des personnes sans abri, l'exemple qu'elle partage ici indique tout le contraire. Les personnes sans abri ne sont pas sans lien. Elles s'inscrivent dans des réseaux qui font à la fois leur *singularité* – chacun étant en lien différemment avec de multiples personnes – et qui participent de leurs *capacités à agir*, comme le montre le cas de Jean Loret. Arrêtons-nous un instant sur cet homme. Je n'ai jamais eu l'occasion de le rencontrer mais j'ai assisté à de nombreuses situations où des professionnels échangeaient sur lui et sur ce qu'ils devaient faire. Ce côté fragmentaire ne permet pas de rendre compte de la complexité de la situation avec finesse mais permet de respécifier un aspect, mentionné par Fabienne. Jean Loret vit dans une voiture. À l'intérieur, il a stocké de nombreuses affaires, sources de questionnements pour les professionnels : pourquoi gardent-ils autant d'affaires ? Comment arrive-t-il à vivre dans un espace à la fois si petit et si rempli ? Plus tard, après l'hospitalisation, des professionnels mèneront un travail avec lui pour trier et jeter des affaires. Il lui arrive de quitter sa voiture mais il y revient chaque soir. C'est à la fois un lieu d'« ancrage » qui permet la mobilité, qu'il quitte en sachant

qu'il va le retrouver, et un lieu qu'il s'est « approprié », une réserve personnelle et intime comprenant toutes ses affaires (Pichon, 2019). Dans son cas, se faire hospitaliser pour une hernie c'est quitter la voiture pendant plusieurs jours, ne pas revenir y dormir pendant quelques nuits. Pour Jean Loret, son éventuelle absence est source d'inquiétudes. Ne pas être présent chaque jour, chaque soir, c'est rendre l'espace privatisé vulnérable et fragile : les vitres de la voiture pourraient être cassées, les portes défoncées, les affaires volées ; pire encore, elle pourrait être embarquée par la fourrière et disparaître avec les affaires. Au cours d'une réunion, un professionnel rapporte les propos qu'il lui aurait tenus : « Je ne la quitterai jamais ! » L'« attachement » à cet espace habité est grand (Girola, 2006 et 2011 ; Pichon (dir.), 2010) et c'est à cette juste valeur que les professionnels qui l'accompagnent doivent le considérer. « Le privé se définit par ce que l'on suppose que l'autre considère comme tel, et s'attend donc raisonnablement à ce qu'on le respecte » (Bordreuil, 1992, p.143). Dans un premier temps, la voiture apparaît à leurs yeux comme un problème : Jean Loret refuse de la quitter, par conséquent il refuse de se faire hospitaliser. Les professionnels vont s'engager dans un long travail de négociation et de persuasion et la dépendance à la voiture va se transformer : elle passe d'un frein à une ressource pour l'action. Cela ne se fait pas facilement. Certains ont toujours des doutes, tous ne partagent pas le même avis sur cette voiture et sur la manière de la prendre en compte. Lors d'une réunion, une assistante sociale estime qu'« il nous prend en otage avec sa voiture ! » Cette relation semble marquée par des jugements normatifs : la voiture n'est pas un *lieu habitable*. Mais, au moins temporairement, ces jugements sont suspendus pour favoriser l'accès aux soins et les professionnels reconnaissent qu'elle est un *lieu habité*. Jean Loret accepte l'hospitalisation mais l'attachement à la voiture ne peut être coupé. Elle est déplacée dans un endroit qui apparaît sûr aux yeux de son propriétaire et durant l'hospitalisation, des professionnels iront vérifier que la voiture est bien là afin de rassurer régulièrement le patient sur son lit d'hôpital. Fabienne me dit d'ailleurs à ce propos : « Je lui donne des nouvelles de sa voiture mais faut que j'aille voir sa voiture avant parce que je ne voulais pas dire à Jean que ça voiture allait bien si ce n'était pas vrai. » Il faut aller voir de ses propres yeux pour ne pas trahir la confiance qui s'est nouée et considérer l'inquiétude de la personne. Le vocabulaire employé témoigne de cette considération : la voiture est anthropomorphisée et l'infirmière se rend sur place pour s'assurer qu'elle va bien. L'attachement à la voiture revêt temporairement une « qualité soignante » aux yeux de la personne sans abri et des professionnels qui le considèrent et arrivent progressivement à lui accorder une place dans l'accompagnement aux

soins[195]. Tout ce travail réalisé en amont, qui rend possible l'hospitalisation, est partagé par l'infirmière de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital au sein du service qui accueille Jean Loret. La secrétaire le « connaît par cœur », l'infirmière sait qu'une personne doit appeler pour le rassurer sur sa voiture. Elle présente une personne singulière dans tous ses attachements, une *personne attachée* qui se distingue d'une *personne préjugée*. Le sans-abri anonyme redevient une personne singulière, avec ses attachements (Latour, 2000). S'il faut l'accueillir dans toute ses singularités c'est que ce sont elles qui lui permettent d'accepter l'hospitalisation. Il est en *capacité* d'accepter l'hospitalisation, une fois convaincu que sa voiture est en sécurité et qu'il pourra la retrouver telle qu'il l'a quittée. Ne pas prendre en compte ces éléments c'est prendre le risque qu'il se « tire », comme le dit l'infirmière[196]. En partageant ce qui se passe autour du patient, l'infirmière rend accessible un ensemble de connaissances que n'ont pas les professionnels hospitaliers et dont ils ne peuvent même pas se douter. Elle ouvre leur regard sur le monde de l'assistance, ce qui se déroule entre l'espace public et les institutions. C'est pour elle un point central qui est également lié à son expérience passée aux urgences :

> FABIENNE : Il faut les rendre comme monsieur tout le monde, c'est-à-dire avec des numéros de téléphone, avec des référents, avec des adresses. Pas SDF. C'est un monsieur qu'est dans la rue d'accord mais si vous voulez quoi que ce soit comme renseignement téléphonez à son éducatrice, ou téléphonez dans le centre où il est, ou rappelez la personne du Samu Social qui s'en occupe, voilà le numéro. Et là ça fait 50% de prises en charge de gagnées. Leur expliquer aussi que s'il est pris en charge rapidement on pourra même venir le rechercher et qu'il ne passera pas la nuit dans le couloir à mettre le souk […] Là aussi, il y a une énorme éducation à faire et moi ce qui m'a renversé c'est qu'en vingt ans d'urgences, en passant à l'Équipe Mobile j'ai eu l'impression d'ouvrir la porte des urgences et de voir ce qu'il y avait derrière, sur le trottoir. J'ai découvert un monde méconnu et que je voyais d'une manière sporadique par les gens qui rentraient mais je n'imaginais pas tout ce qui se faisait à l'extérieur : éducateurs, centres d'hébergement, 115, Samu Social, l'Équipe Mobile, je ne connaissais rien […] Tu soulèves le couvercle et tu te rends compte que c'est organisé, du coup c'est très rassurant. On n'imagine pas que ce soit organisé comme ça. On ne comprend rien de l'extérieur.

[195] La « qualité soignante » des attachements sera au cœur du chapitre 5.

[196] Sur ce point, j'y reviendrai dans le chapitre 5, cette considération de l'attachement à la voiture pour permettre une hospitalisation fait écho à des initiatives qui considèrent l'attachement à l'animal. Par exemple, des associations gardent les chiens de personnes sans abri le temps de leur hospitalisation.

Le témoignage de Fabienne n'est en rien extraordinaire. La méconnaissance de l'urgence sociale est grande et toutes les spécificités institutionnelles, complexes, inconnues de la majorité des professionnels hospitaliers[197]. Comme le remarque Laureline Coulomb (2018), elle peut être source de malentendus dans la relation de soins. En accompagnant sur le temps long des patients sans abri, certains professionnels sa familiarisent avec des dispositifs mais leurs représentations du monde de l'assistance restent parcellaires. De manière orale[198], les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital apportent des éléments spécifiques au regard des situations. Ce travail est à refaire pour chaque situation. Il s'agit pour eux d'apporter des éléments qui vont permettre aux professionnels hospitaliers de *(re)cadrer* au plus juste les personnes sans abri. Au plus juste signifiant ici au plus près de leurs réalités médicales et sociales, comme on le peut voir à l'œuvre lors des consultations médicales.

2/ Porter des paroles

Dans un contexte où les soins sont de plus en plus spécialisés et les services de plus en plus segmentés, les malades ont un rôle central dans la mise en lien des différents acteurs et des différents lieux qui jalonnent leurs parcours de soins, comme le précise Isabelle Baszanger : « Les malades, loin d'être le point où convergent l'ensemble des intervenants d'une prise en charge, sont plutôt les acteurs du système à qui revient *volens nolens* la charge de connecter les uns aux autres nombres d'actes ou d'informations, voire de personnes. Si les malades n'accomplissent pas ce qu'il faut appeler un travail de coordination ou d'articulation […] la prise en charge peut dévier de la trajectoire idéale souhaitée par les équipes médicales, ou simplement s'arrêter » (Baszanger, 2010, p.191). Ce « travail d'articulation », mis en

[197] Je l'ai évoqué dans la section 1 : en 2013, la responsable du service social de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc a mis en place, en partenariat avec le Samu Social 69, un dispositif qui permet à des professionnels des urgences et du service social de participer à des maraudes pour mieux comprendre le quotidien de ces travailleurs sociaux et mieux se représenter le fonctionnement de l'urgence sociale. Il s'agit de faire se rencontrer « deux mondes » (l'expression est utilisée dans le projet), le médical et l'assistance, qui se connaissent peu mais qui peuvent se côtoyer et agir auprès des mêmes personnes. Le dispositif doit également permettre, par la rencontre, aux professionnels du Samu Social 69 de mieux se représenter le fonctionnement des urgences.

[198] Si je précise de « manière orale » c'est que ces informations pourraient aussi être passées de manières écrites. Par exemple, les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, étant rattachés à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, pourraient se servir du logiciel Orbis qu'utilisent les différents services pour apporter des éléments dans le dossier partagé du patient. Selon une assistante sociale de l'hôpital, ils ne le font pratiquement pas, ce qui est « dommage » : « Ils ont des éléments super intéressants qui pourraient aider dans la prise en charge du patient et... bon il y a la transmission orale quelques fois mais ça se perd parce que les équipes elles tournent et puis ils n'écoutent que d'une oreille. Peut-être qu'il faudrait qu'ils soient un peu plus inscrits dans le dossier du patient. »

évidence par Anselm Strauss & *al*. (1992 [1985a]), est accompli par les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital entre les différentes rencontres, comme on l'a vu dans l'organisation des rendez-vous, mais aussi dans le cours même de la consultation médicale. Face aux médecins, les infirmiers commencent par présenter la situation du patient de manière recodée, dans un langage expert (a) et peuvent apporter des éléments factuels sur les lieux où vivent les personnes qu'ils accompagnent ou sur leurs habitudes qui permettent d'élaborer la prescription afin de favoriser « l'observance » (b). Si les tiers-infirmiers portent la parole des patients mais aussi des travailleurs sociaux, absents de l'interaction, je montrerai qu'à l'initiative du médecin, de l'infirmier ou de la personne sans abri elle-même, cette dernière peut reprendre la parole sur ce qu'il se passe (c).

a/ Partager la situation, partager la même langue

La consultation médicale est traversée d'enjeux langagiers et discursifs entre médecins et patients, sur lesquels il est nécessaire de s'arrêter pour comprendre l'accomplissement du soin (Cicourel, 2002 ; Heath, 1993 ; Lacoste, 1993 ; Fainzang, 2006). Commençons par décomposer l'enchaînement des séquences au début de la consultation médicale. Nous sommes le 18 novembre 2013. Ilyan, l'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, accompagne Miroslaw, un homme de nationalité polonaise d'une quarantaine d'années, chez son médecin traitant[199] pour des douleurs à l'oreille. Nous patientons dans la salle d'attente durant une quinzaine de minutes. Le médecin arrive, dossier médical à la main, et prononce le prénom et le nom de famille de Miroslaw, qu'il écorche. Il s'en excuse. Nous nous levons et le médecin tend la main pour nous saluer : d'abord à Miroslaw, puis Ilyan et moi. Il nous guide jusqu'à son bureau où il nous invite à nous asseoir. Une fois assis, tout en lisant le dossier médical, le médecin demande : « Alors qu'est-ce qu'on a de nouveau ? » Cette séquence d'ouverture témoigne de l'accomplissement d'une routine (Schegloff, 1986). En effet, au cours de mes observations, les consultations médicales commenceront quasiment systématiquement de la même manière :

[199] Dans cette section, je me permets d'élargir les scènes d'observation dans le monde médical. S'il peut exister des différences dans les consultations médicales à l'hôpital public, privé ou chez un médecin généraliste, elles n'ont pas ici d'influence. Le travail d'articulation des infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital est le même, qu'importe le lieu de la consultation médicale. Comme nous le verrons d'ici la fin de ce chapitre, les variations sont liées aux médecins, aux patients et au degré d'interconnaissance entre les différents acteurs en coprésence.

- *Identification* : le médecin arrive dans la salle d'attente, prononce le nom du patient qu'il va recevoir ou va vers le patient qu'il (re)connaît.

- *Salutations* : le médecin salue verbalement et, parfois, gestuellement le patient et les personnes qui l'accompagnent.

- *Déplacements* : le médecin oriente le patient et les personnes qui l'accompagnent vers son bureau.

- *« Ça va »* : le médecin pose une question générale ou ciblée pour prendre des nouvelles du patient.

Cette question a une « fonction bien particulière, à savoir la demande de renseignement sur l'état de santé d'un patient » (Mondémé, 2010). Elle ouvre sur l'expression du point de vue du patient (Armstrong, 1984) car le médecin a besoin de « l'expertise du malade, ou de celui qui l'accompagne » (Heath, 1993, p.65) pour accomplir son diagnostic. Dans les situations que j'ai observées, la première question du médecin ouvre sur une prise de parole de l'infirmier qui accompagne le patient. Lors de la consultation avec Miroslaw, quand le médecin termine sa question – « Alors, qu'est-ce qu'on a de nouveau ? » – c'est Ilyan qui répond. Miroslaw ne parle pas français, même s'il le comprend un peu. Une répartition implicite des rôles est convenue entre l'infirmier et le patient dans laquelle le premier se charge de transmettre les informations au médecin. Cette répartition des rôles pourrait être analysée de la manière suivante : le patient ne parlant pas français, c'est l'infirmier qui prend la parole et qui se charge de transmettre des informations au médecin. Cette analyse de la situation est insuffisante car ce type de configuration se répète dans des interactions avec des patients qui parlent français.

Par exemple, le 22 janvier 2014, nous accompagnons, avec Ilyan, Monsieur Claude chez une médecin infectiologue. Elle connaît bien l'infirmier et le patient qu'elle suit depuis quelques années pour ses pieds. Amputé de quatre orteils, Monsieur Claude a ce qu'on appelle les « pieds du diabétique » – quand bien même il n'a pas de diabète. Il a une baisse de sensibilité au niveau des pieds et la moindre petite blessure, non repérée, peut vite s'amplifier et s'infecter. Alors que nous sommes dans la salle d'attente du service, la médecin, en blouse blanche, vient nous saluer et serrer la main à Monsieur Claude (moments d'*identification* et de *salutation*). Elle s'excuse car elle va avoir quelques minutes de retard. Elle repart et revient un quart d'heure plus tard : « C'est tout prêt Monsieur Claude, vous venez vous installer ? » Nous la suivons (moment du *déplacement*). Il y a deux portes : une qui donne sur la salle d'auscultation, l'autre sur le bureau ; les deux pièces étant reliées par une porte intérieure. Elle

propose à Monsieur Claude d'aller dans la première salle et lui demande : « Pendant que vous vous installez, je peux poser à ces jeunes hommes quelques questions sur votre santé, ça ne vous dérange pas ? » Il n'y voit pas d'inconvénient. Avec Ilyan, nous entrons dans son bureau où elle nous invite à nous asseoir. Elle demande à l'infirmier : « Alors, quoi de neuf pour le jeune homme ? » (moment du *« ça va »*). Il explique que la situation de Monsieur Claude « se maintient » et précise qu'actuellement il travaille avec un infirmier d'Interface SDF sur son « mal être ». Il ajoute : « Si un jour on fait une synthèse, je te ferai passer l'historique. » La médecin lui confirme qu'elle est intéressée par ces informations et demande, en haussant le ton de sa voix, si Monsieur Claude est installé et s'il a besoin d'aide. Il répond, aussi fort : « C'est bon, je suis allongé. » La médecin se lève pour aller l'ausculter, Ilyan et moi la suivons. Dans cette situation, comme me le dira à la fin de la consultation l'infirmier, la médecin connaît bien le patient et les raisons du rendez-vous. Il n'a pas besoin de refaire un historique de la trajectoire de la maladie ; chose qu'il fait lors de la consultation avec Miroslaw.

Lors de cette dernière, l'infirmier commence par expliquer qu'« il a été hospitalisé fin juillet début août pour une PC avec fracture du rocher » et signale qu'il a été vu en « ORL à HEH », qu'un « énorme bouchon sérosanglant avec du mucus » lui a été enlevé et qu'il a eu des « gouttes pour cicatriser ». Depuis, Miroslaw se plaint « au niveau des douleurs » à l'oreille ; c'est la raison de cette prise de rendez-vous avec le médecin. Ce dernier demande à l'infirmier si Miroslaw a eu de la fièvre et si ses douleurs sont accompagnées de « vomissements ». Dans les deux cas, Ilyan répond non. À la fin de cet échange, le médecin se lève et invite, par un geste de la main, Miroslaw à s'installer sur le lit d'auscultation pour l'examiner.

Malgré des différences notables, ces deux interactions suivent un même déroulement : le médecin pose une question générale sur la santé du patient qui ouvre sur un récit de l'infirmier qui l'accompagne – dans la situation avec Monsieur Claude, cela se fait avec l'accord explicite du patient, un point non négligeable. Lors de la consultation avec Miroslaw, la présentation de la situation effectuée par l'infirmier est extrêmement technique ; il faudra d'ailleurs que je reprenne les termes que j'avais notés pour les vérifier avec lui[200]. Les informations que l'infirmier a récupérées lors de discussions avec Miroslaw, lors d'échanges avec les travailleurs sociaux du centre d'hébergement où il réside et lors de précédents accompagnements sont synthétisées et recodées pour être transmises au médecin dans un

[200] Si les abréviations HEH (Hôpital Édouard Herriot) et ORL (oto-rhino-laryngologie) me sont familières, je n'avais pas compris l'abréviation « PC » qui signifie ici « Perte de connaissance ».

langage expert. Par cette action, l'infirmier accomplit une tâche habituellement effectuée par le médecin lui-même lors des consultations médicales :

> « Le médecin recode les informations souvent ambiguës et décousues qu'il tire des entretiens en des catégories abstraites qui facilitent la résolution des problèmes et précisent les conditions d'une résolution efficace ; et les patients recourent à un champ sémantique particulier ou restreint pour traduire les croyances dont ils font usage à propos de leurs maladies – lesquelles croyances, il convient de le souligner, vont souvent à l'encontre du point de vue du médecin » (Cicourel, 2002 [1981], p.66).

Dans cette situation, l'infirmier présente la situation du patient de manière recodée, claire et précise d'un point de vue médical. En apportant les antécédents médicaux dans le cadre et le langage attendu, l'infirmier facilite et amorce l'accomplissement du diagnostic médical. En circulant entre le monde médical et le monde de l'assistance, les infirmiers en viennent à connaître et à maîtriser le fonctionnement de ces mondes, leurs règles formelles et informelles, les manières d'être, de faire et de parler. « Les champs d'expérience individuelle et collective qui se forment dans les processus de coopération et de communication et à travers lesquels un environnement est connu et maîtrisé relèvent de *mondes sociaux* » (Cefaï, 2015). Cette perspective commune et partagée s'accompagne d'un langage approprié, d'un ordre communicationnel sur lequel s'arrête Fabienne, l'infirmière de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital :

> FABIENNE : Pour moi, tout est problème de communication. Tout tourne autour de la communication. C'est vraiment un rôle d'intermédiaire […]. Je dis toujours qu'en fait on est là pour rendre la personne crédible. Donc nous il faut qu'on soit très médical, net, plus médical qu'accompagnant social parce qu'on est dans… ouais dans le donner du crédit à la personne qui arrive parce qu'il faut qu'on enlève cet *a priori* de SDF.
> GABRIEL : C'est quoi être « plus médical qu'accompagnant social », par exemple dans la relation avec le médecin…
>
> FABIENNE : C'est avoir les critères médicaux, tout ce qui est médecin et infirmier. Moi pour avoir travaillé à l'hôpital, je vois bien tous les préjugés, les *a priori*, tu sais très bien comment il faut prendre les gens pour l'avoir vécu.
>
> GABRIEL : Pour avoir été à l'autre place ?
>
> FABIENNE : Pour avoir été à l'autre place. Comment dire… quand t'es à l'autre place, t'as des règles de communication, t'as des règles de distance, t'as des formules de politesse, t'as un vocabulaire qui font que ça t'ouvre les portes parce que t'as à faire à des gens qui sont humains, qui sont peut-être fatigués, qui en ont ras-le-bol, qui ont

une pression, *et cætera*. Donc si tu veux prendre en compte ton SDF, faut prendre en compte la personne qui est en face […]. Avec les mots qu'il faut, tu prends du crédit.

GABRIEL : Et ça rejaillit…

FABIENNE : Et ça rejaillit sur l'autre personne. Et tu lui expliques avec des termes médicaux. Le souci… en plus, ce qui fait peur dans le SDF c'est les pluri-pathologies et ce qui fait très peur c'est que ça prenne 15 heures, que ce soit trop problématique, que ce ne soit pas assez précis. Donc toi, quand tu accompagnes, si tu dis très vite le contexte médical, si tu dis très vite ce que tu veux, si tu vas au but… on veut un diagnostic, on veut un traitement, il a déjà ça, ça et ça, il faut être hyper médical.

Adopter un langage d'expert c'est être crédible aux yeux du médecin et favoriser la prise en considération des singularités des patients ; non pas *toutes* leurs singularités – on retrouverait une dimension idéal-typique inexistante – mais celles qui sont jugées *a priori* nécessaires par les infirmiers pour que le médecin puisse accomplir son « raisonnement médical » (Cicourel, 2002). Maîtriser les conduites attendues dans ce monde social, c'est aussi anticiper les attentes et y répondre. Pour les deux infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, la maîtrise de ce langage spécialisé s'inscrit dans des trajectoires professionnelles. Il est d'abord découvert lors de leur formation d'Infirmier Diplômé d'État et de leurs premiers stages. Il se peaufine et s'enrichit au cours de leurs parcours professionnels, avant leur arrivée dans l'Équipe Mobile : sept ans dans un service de gériatrie et vingt ans aux urgences pour Fabienne ; trois ans et demi à l'hôpital pour Ilyan. Ces expériences constituent une « réserve » et un « stock de connaissances » (Schütz, 2008 [1971]) qui leur permettent d'agir avec aisance dans ce monde social, de définir avec pertinence les situations (Thomas, 2009 [1923]), de les « comprendre avec validité et [d']agir avec efficacité » (Cefaï, 1994, p.121). Ils maîtrisent l'environnement, s'y déplace[201] avec une aisance caractéristique d'un « régime de familiarité » (Thévenot, 2006). C'est parce qu'ils connaissent l'organisation du monde médical et les besoins des médecins qu'ils peuvent adopter, lors des consultations, un langage très technique ; ils ont les « compétences médicales » (Boltanski, 1971) nécessaires. Plutôt que des interprètes (Pian, 2014), les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital doivent être vus comme des « représentants » ou des « porte-paroles » des personnes stigmatisées qui cherchent à « convaincre le public d'employer une étiquette moins offensante

[201] Le déplacement est la fois communicationnel avec cette manière d'adapter le langage à l'interlocuteur, mais il est aussi physique. Les infirmiers guident les patients dans l'hôpital, d'un couloir à un autre, d'un escalier à un autre, d'un service à un autre, pour arriver au bon endroit. Par exemple, le 10 décembre 2013, avec Ilyan, nous accompagnons Monsieur Hamili à l'hôpital de la Croix-Rousse. Une fois les portes franchies nous suivons Ilyan qui marche devant nous et ouvre la voie. À deux reprises, Monsieur Hamili me dit : « Heureusement qu'il y a Ilyan » pour le guider. C'est la première fois qu'il vient. Il est étonné : « C'est grand, il y a tout, même un café ! » Il ajoute : « Heureusement qu'il y a Ilyan ! Sinon je ne viendrai pas seul. »

pour désigner la catégorie qu'ils défendent » (Goffman, 1975 [1963], p.37). C'est ce que dit bien Fabienne, il leur faut enlever « cet *a priori* de SDF ». Ils portent une parole experte, que le patient ne peut pas toujours assumer lorsqu'il est seul face au médecin. Mais cette parole n'est pas seulement celle du patient physiquement présent lors de la consultation médicale ; c'est aussi celle d'une pluralité d'individus, absents de la situation de coprésence, qui gravitent autour de la personne sans abri, en particulier celle des travailleurs sociaux. C'est une dimension que l'on peut saisir au moment de l'élaboration de la prescription.

b/ S'appuyer sur des collectifs lors de la prescription

La consultation médicale doit permettre au médecin d'élaborer son diagnostic et de prescrire un traitement qui permettra de résoudre le trouble qui a motivé le rendez-vous. Les infirmiers qui accompagnent les personnes sans abri peuvent être sollicités par le médecin ou interviennent d'eux-mêmes dans l'élaboration de la prescription, pour apporter des suggestions ou formuler des demandes. Le 6 novembre 2013, Ilyan accompagne Miroslaw chez un gastroentérologue – celui-là même que je rencontrerai avec Monsieur Claude, une semaine plus tard, et dont j'ai relaté le déroulement de la rencontre dans la section 1 de ce chapitre. Après avoir examiné le patient, le médecin retourne à son bureau pour rédiger l'ordonnance. Miroslaw, Ilyan et moi sommes assis en face de lui. Le médecin tourne légèrement l'ordinateur pour que l'infirmier puisse voir ce qu'il écrit – chose qu'il ne fera pas lorsque j'accompagnerai seul Monsieur Claude. Par ce geste, il reconnaît les apports de l'infirmier et l'invite implicitement à émettre un avis sur la prescription et à réagir. Voyant que le médecin préconise la prise de deux Azantac® par jour, avec une posologie de 75mg, l'infirmier intervient et demande au médecin s'il peut, plutôt, mettre un Azantac® par jour, avec une posologie de 150mg. Cette remarque, en apparence anodine, est très importante. D'une part, elle signale l'expertise de l'infirmier : il connaît le médicament et sous quelle forme il est disponible. D'autre part, elle renvoie directement à un arrangement qu'ont négocié Miroslaw et les travailleurs sociaux[202] du centre d'hébergement où il réside. Miroslaw a demandé aux professionnels de l'institution de lui garder ses médicaments de sorte que s'il oublie de venir les chercher, ils le lui rappellent. Ce sont des formes d'arrangement que l'on retrouve fréquemment dans les institutions d'hébergement, qui concernent aussi bien la gestion des médicaments que celle de l'argent, par l'exemple (Maurin

[202] Il n'y a pas d'infirmiers qui travaillent dans cet établissement.

& Pichon, 2016). Comme nous le verrons dans le chapitre 3, cette gestion des médicaments par des travailleurs sociaux n'est pas sans leur poser des problèmes au quotidien. Anticipant ces potentiels troubles, Ilyan intervient ici pour limiter le nombre de médicament à prendre. Par sa remarque, il essaye de faire en sorte que l'ordonnance tienne compte de l'environnement dans lequel vit Miroslaw afin que le traitement soit plus facile à suivre ; il réinscrit le patient dans un « collectif », celui de la vie quotidienne dans l'institution d'hébergement où il vit. Telle est la « logique du soin » selon Annemarie Mol :

> « La logique du soin, elle, ne part pas des individus mais bien du collectif. D'une diversité de collectifs. Les patients qui viennent consulter sont les membres d'une famille, ils ont des collègues, ils vivent au sein d'un quartier, etc. Parfois il peut être ardu d'arriver à extraire suffisamment les patients de leur collectif pour leur fournir les soins dont ils ont besoin individuellement. En même temps, certains ensembles auxquels nous appartenons caractérisent les soins que nous recevons, ou les soins qui nous conviendraient. Les groupes diagnostiques, les liens génétiques, ceux avec qui vous partagez des habitudes, une histoire, des repas, tout cela peut être important. Mais lequel de ces points est déterminant ? Quel type de collectif importe pour qualifier les soins à donner ? Ceci n'est pas une donnée de nature, il faut l'établir » (Mol, 2009 [2008], p.119-120).

Le médecin ne peut définir seul le collectif qui importe pour qualifier les soins à donner. Il a besoin d'éléments sur ce qui se passe à l'extérieur de l'hôpital ou du cabinet médical. Ces éléments, lors des consultations observées, ce sont principalement les infirmiers qui les apportent. Ce qui m'amène à soulever un autre point. Certains médecins, à force de recevoir des personnes sans abri accompagnées par les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, *attendent*, dès qu'un tiers est présent, que ce dernier leur apporte les informations. Ils ne les demandent pas. Il me semble que c'est un aspect à prendre en compte pour analyser la consultation de Monsieur Claude chez le gastroentérologue, présentée dans la section 1 de ce chapitre et évoquée en introduction. Même si je lui précise que je suis doctorant en sociologie quand il me prend pour un « éduc », je représente dans cette situation « l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital ». À ce titre, le médecin attend de moi que j'apporte des informations sur le patient ; chose que je suis bien incapable de faire car je viens de le rencontrer et que je n'ai pas conscience de la place à laquelle le gastroentérologue m'assigne lors de cette consultation médicale. D'une certaine manière, il attend de moi que j'endosser ce rôle de porte-parole dont je n'ai alors pas conscience.

Considérer le collectif dans lequel s'inscrit le patient est censé favoriser, ici, le suivi du traitement. On voit, une nouvelle fois, comment s*ingularités* et *capacités à agir* sont

indissociablement liées. Prendre des médicaments c'est toujours prendre des médicaments *dans des conditions particulières* ; adapter la prescription à ces conditions doit favoriser l'« observance[203] » du patient. Dans cette situation, l'infirmier est un porte-parole qui porte de multiples paroles. Il porte à la fois celle du patient mais aussi celle des travailleurs sociaux qui gèrent les médicaments de Miroslaw. Implicitement, sans le détailler au médecin, il « mobilise » leur arrangement, au sens où il « [rend] mobile des entités qui ne l'étaient pas » (Callon, 1986, p.197). Il arrive à des travailleurs sociaux d'accompagner des personnes sans abri lors de consultation médicale. Cependant, quand ces accompagnements sont faits par les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, ces derniers deviennent aussi leur porte-parole : ils « parlent et agissent en leur nom » (*Ibid.*, p.195). Il leur revient de dire ce qu'il se passe dans l'institution, comment elle fonctionne, comment les personnes y sont accueillies, ce qu'il est possible d'y faire ou pas, les arrangements qui se nouent, afin de faciliter et de favoriser la prise en charge des personnes et, dans ce cas, l'organisation des traitements. C'est avec ce souci d'adapter la prescription au patient et à son environnement que les infirmiers s'engagent dans la consultation médicale et qu'ils n'hésitent pas à reprendre ou à corriger les médecins, comme me l'explique Ilyan :

> ILYAN : Les médecins c'est parfois compliqué de leur expliquer la réalité de la vie des personnes, comment le fait de vivre à la rue, en hébergement d'urgence depuis des années, comment ça influe sur leurs représentations, sur leurs capacités à tenir un cadre. Enfin, je veux dire, déjà que c'est compliqué l'hôpital pour des personnes lambda comme toi et moi, je l'ai vu quand j'étais à l'hôpital, je voyais bien des gens qui n'osaient pas dire ce qu'ils pensaient. C'est super dur l'hôpital et t'imagines pour ces gens-là qui sont hyper farouches, qui sont flippés dès que tu leur mets des murs et que tu les empêches de sortir ou parce qu'ils ne comprennent pas ce qu'on leur fait. Donc il faut toujours expliquer, essayer de donner des indications et puis même leur [*aux médecins*] dire comment il faut faire, parfois il ne faut pas se gêner. Oui il a un diabète : qu'est-ce qu'on peut faire ? Alors là, étant donné la situation on ne va pas pouvoir lui assurer des repas équilibrés. L'éducation thérapeutique ? Pff oui non. On va faire des ordonnances pour faire passer des infirmiers qui lui feront des injections et puis on verra à l'usage s'il y a besoin de rééquilibrer et de changer. Mais tu vois, c'est que le médecin ne soit pas dans son truc lambda : « J'ai un patient lambda, je lui fais le truc habituel, éducation thérapeutique, régime, il va voir la diététicienne. » Ça ne sert à rien. Il ne faut pas lui montrer la diététicienne parce qu'il ne pourra pas se payer des repas corrects, il dépend de la Banque Alimentaire. Ce sont ces principes de réalité là qu'on ramène.

[203] Je reviendrai sur ce terme médical, et sa dimension normative critiquée par des sociologues, dans le chapitre 4 où je reviendrai sur la prise des médicaments des personnes sans abri aux Lits Halte Soins Santé.

Ces pratiques exercées par les infirmiers relèvent d'un travail *micro-politique*. Micro-politique, d'abord, au sens d'une « micro-politique du trouble » (Emerson & Messinger, 2012 [1977]). Les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, à l'instar des travailleurs sociaux de la Mission Perrache et de l'équipe d'Interface SDF, sont devenus les « tiers officiels » censés remédier à des situations de « trouble » devenues « problèmes publics ». Mais, à l'instar de ce que proposent Aude Béliard, Aurélie Damamme, Jean-Sébastien Eideliman et Delphine Moreau (2015), il faut « prolonger cette réflexion en donnant tout son poids à la dimension politique qu'elle introduit. Politique au sens où, pour reprendre les termes de Dodier (2003), se négocie et se renégocie, autour de ces personnes disqualifiées, la manière dont les acteurs établissent ou critiquent des pouvoirs et pensent leur légitimité » (Béliard & *al.*, 2015, p.7). Corriger le médecin, comme le fait Ilyan dans la scène précédemment décrite, c'est souligner les limites du pouvoir médical dans cette situation et rappeler la nécessité de se mettre à l'écoute de la vie des personnes sans abri pour les soigner. Cette mise à l'écoute est variable selon les médecins ; ils n'ont pas tous la même curiosité ni la même sensibilité pour le quotidien de leur patient. Parfois, au fil des rencontres, la connaissance qu'a le médecin du patient s'affine et des éléments antérieurs peuvent être repris pour effectuer le travail de cadrage. Ainsi, ce ne sont pas toujours les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital qui assurent cette « mémoire », comme le disait le Dr. Vignat à propos du projet Interface SDF. Le médecin aussi peut retisser le fil de l'histoire du patient en réinscrivant la consultation médicale dans une série d'autres consultations, comme en témoigne le rendez-vous de Monsieur Claude chez la médecin infectiologue, le 22 janvier 2014. Quand il signale qu'il est prêt, la médecin, Ilyan et moi nous déplaçons : on passe du bureau à la pièce dédiée à l'auscultation. Monsieur Claude est allongé. La médecin s'assoit sur un tabouret et examine ses pieds. Avec l'infirmier, nous nous tenons un peu en retrait, derrière la médecin. Elle préconise d'appliquer de la « vaseline salicylée », « une vaseline mélangée avec de l'acide salicylique », comme elle le précise à Ilyan, pour favoriser la cicatrisation de plaies qu'elle a repérées sur la voute plantaire. Selon elle, le « maniement n'est pas très facile » et considère qu'il serait préférable que quelqu'un le lui fasse. Ilyan l'informe que des infirmiers d'un cabinet libéral peuvent passer quotidiennement dans le centre d'hébergement où réside Monsieur Claude pour lui appliquer cette vaseline. Elle ne savait pas que c'était possible. Elle approuve et signale qu'elle va faire l'ordonnance en ce sens. En apportant cette information, l'infirmier porte la parole des professionnels et de l'institution où il réside. Tout en continuant d'ausculter les pieds du patient, elle réfléchit à

voix haute : « Il pleut pas mal en ce moment… je pense que la journée il se mouille trop. » Monsieur Claude lui répond qu'il ne reste pas à la sortie du métro, comme il le fait d'habitude, mais qu'il va « dans le métro » pour s'abriter. La médecin, connaissant la station de métro où il passe ses journées, lui rétorque : « Non mais Saxe-Gambetta [*nom de la station de métro*] c'est mouillé aussi de temps en temps. » Elle a vu Monsieur Claude lors de plusieurs consultations médicales, elle a appris à le connaître et se souvient de certains aspects de sa vie, notamment là où il passe ses journées et son goût immodéré pour la pêche – comme on le verra un peu plus loin dans ce chapitre. Partant de ce constat elle indique que les infirmiers devront passer le soir et demande à Monsieur Claude de garder le pied propre et sec durant la nuit pour que le traitement fasse son effet. En lui apportant directement ces informations, la médecin reconnaît le « travail du patient » (Strauss & *al.*, 1982) et, surtout, sa capacité à l'accomplir. Mais cette capacité est attribuée à un individu indissociable de son environnement : il peut garder les pieds au sec, le soir, si on considère que la journée il a des habitudes qui comptent pour lui à savoir être à la sortie d'une station de métro, faire la manche et discuter avec des passants. La prescription du médecin ne tient donc pas seulement compte du problème qu'elle a repéré, elle se nourrit d'un ensemble d'éléments extérieurs qu'elle connaît (Monsieur Claude passe ses journées à la sortie d'une station de métro) ou que l'infirmier lui apporte (il est possible que des infirmiers passent dans l'institution d'hébergement où réside Monsieur Claude) afin que la prescription soit adaptée aux habitudes du patient et aux environnements dans lesquels il s'engage. L'enchaînement de ce raisonnement médical montre combien « la médecine est l'activité prudentielle par excellence » (Champy & Déplaude, 2015). Pour établir la prescription, l'incertitude est gérée collectivement (Castel, 2008) à travers une pluralité d'échanges et de « délibérations collective » sur les finalités et le déroulement de l'activité (Ravon & Vidal-Naquet, 2018).

c/ Favoriser la parole du patient

Frédérique Chave (2010) a consacré sa thèse au rôle du tiers dans des situations de secours d'urgence (les appels au 18 et aux urgences pédiatriques). En conclusion, elle soulève le « paradoxe » suivant :

> « Notons le paradoxe : dans une telle structuration du secours, où des tiers profanes sont très actifs, le secouru est par défaut considéré comme neutre, c'est-à-dire comme intervenant *a minima* dans le travail de coordination, d'ajustement et de coproduction du secours. Ce sont des tiers qui agissent pour et autour de lui aux différents moments de sa prise en charge, non seulement en pédiatrie, où cette tiercéisation est particulièrement frappante, mais aussi très souvent au moment de l'alerte. Nous avons en effet finalement très peu évoqué le patient, dans cette recherche, alors qu'il est constamment, systématiquement et nécessairement à l'arrière-plan de toutes nos scènes et de l'ensemble de nos transcriptions. Le fait est que dans la situation de secours, en particulier en pédiatrie, il est effacé : il s'efface lui-même et est négligé dans le dialogue, qui se polarise sur l'échange entre adultes. Au téléphone, dans une moindre mesure, le requérant n'est pas le patient mais pourtant, il est celui qui parle tout au long de l'entretien avec le stationnaire » (Chave, 2010, p.373)

À l'instar des situations observées par Frédérique Chave, lors de certaines consultations médicales, les personnes sans abri s'effacent et sont négligés dans « le dialogue, qui se polarise sur l'échanges entre adultes » compétents qui partagent un savoir spécialisé commun et un langage expert (Boltanski, 1971). C'est par exemple le cas de Miroslaw qui, dans le cours des deux consultations médicales présentées dans cette section, ne dit pas un mot. Il se limite à un corps à ausculter et à soigner ; les échanges s'organisent entre le tiers-infirmier et le médecin. Il semble endosser le rôle de « non personne » (Goffman, 1973 [1956][204]), laissant à Ilyan le soin d'apporter les informations et de porter sa parole. Cependant, toutes les situations ne se déroulent pas ainsi et les personnes sans abri sont susceptibles de reprendre la parole dans le cours de l'interaction. Si « parler pour d'autres, c'est d'abord faire taire ceux au nom desquels on parle », il « est […] plus difficile de faire taire définitivement des êtres humains » (Callon, 1986, p.196). Le médecin et le tiers-infirmier n'ont d'ailleurs pas nécessairement envie que le patient se taise et cherchent à favoriser sa prise de parole, comme nous allons le voir.

[204] Rappelons d'ailleurs que pour Erving Goffman, « les personnes très jeunes, les très vieilles et les malades » sont des exemples de non personne (Goffman, 1973 [1956], p.147), d'où la comparaison ici avec les urgences pédiatriques.

Repartons de la consultation de Monsieur Claude chez la médecin infectiologue du 22 janvier 2014. En examinant ses pieds, la médecin a repéré des croûtes sur la voute plantaire. Elle se lève de son tabouret pour s'avancer vers le visage de Monsieur Claude, allongé sur le lit d'auscultation. Elle l'informe qu'« on va essayer de gratter la corne .» Le patient lui répond qu'il n'est pas « douillet » et enchaîne en l'informant qu'il a vu le Dr. Lamar, à Hauteville, au centre de cure où il s'est rendu il y a quelques semaines. La médecin lui demande alors s'il en a profité pour aller à la pêche :

MONSIEUR CLAUDE : Ouais, j'aime bien la pêche. J'adore la pêche.

MEDECIN : Ça je m'en rappelle que vous aimez bien la pêche. En tous cas, j'aime mieux que vous alliez à la pêche à Hauteville qu'ici dans le Rhône parce que y a moins de pollution à Hauteville quand même.

MONSIEUR CLAUDE : Ouais ouais ouais. Le poisson est naturel.

MEDECIN : Ces atteintes sous le pied là on peut arriver à les guérir…

MONSIEUR CLAUDE : Le genou aussi.

MEDECIN : Le genou pour le moment il ne me fait pas peur. Il va bien le genou. Celui-là il a guéri [*tapotant le genou gauche de sa main gauche*]. Par contre il y a des espèces de croûtes qui se sont formées. Par elles-mêmes elles ne sont pas graves mais si elles se fissurent, l'infection peut rentrer dans le pied et vous risquez l'os. Vous savez l'os ce que ça fait. L'os de l'avant du pied est très important pour marcher, pour aller à la pêche. Alors il faut qu'on arrive à le garder, d'accord.

La médecin informe le patient en adaptant son discours, emploie un vocabulaire accessible et non technique et surtout réinscrit son diagnostic et le soin qu'elle recommande au regard de la passion de Monsieur Claude pour la pêche. Par sa manière d'aller vers le patient allongé et sa façon de lui parler, elle lui témoigne qu'il est le « destinataire désigné » (Goffman, 1987 [1981], p.142) de son propos et cherche ainsi à favoriser sa participation et sa parole. À d'autres moments, le patient est le « destinataire non désigné » (*Ibid.*) : il est destinataire car il est présent dans la situation de coprésence mais les propos ne s'adressent pas à lui mais au tiers-infirmier. Ainsi, quelques secondes plus tard, la médecin revient sur son tabouret et change de registre de discours pour parler à Ilyan :

MEDECIN : En fait, ce qui est important c'est d'en mettre [*de la vaseline salicylée*] qu'aux endroits où il y a de la dyskératose. Je vais vois si les filles peuvent déjà en mettre un petit peu. En fait, l'endroit où il y a de la dyskératose – c'est à dire l'endroit où c'est très épais – il faut en mettre pour que ça fasse fondre ce truc là et du coup ça ne fissure pas. Ici [*montrant une zone du pied gauche*] il ne faut surtout pas mettre

> parce qu'il n'y en a pas tellement de la dyskératose. Tu vois par exemple, ici il n'en a pas besoin, ici il en besoin, ici il en a besoin…

Les « croûtes » dont elle parlait à Monsieur Claude deviennent ici de la « dyskératose ». C'est en spécialisant le vocabulaire que se définit qui est le destinataire désigné ou non désigné. Cette consultation médicale permet de voir comment différents types d'informations peuvent être transmises, de diverses façons, à la fois au patient sans abri et au tiers-infirmier qui l'accompagne. Cette consultation est exceptionnelle : lors de mes autres observations dans lieux de soin de « droit commun » je n'ai jamais rencontré une médecin qui veillait autant à informer et à faire participer le patient accompagné. À la fin de cette consultation, lorsque je partage ce constat avec Ilyan, il me confirme qu'il s'agit d'une médecin « rare », qui est « disponible » et qui « prend le temps » d'échanger avec lui et le patient.

Cette consultation soulève une caractéristique commune à toutes les consultations médicales observées à l'hôpital ou dans un cabinet de médecin généraliste : c'est le médecin, par ses façons de parler qui va favoriser ou non la prise de parole du patient. Favoriser la parole ne va pas de soi, qui plus est lorsque le patient parle peu ou mal français. C'est une dimension essentielle qu'il convient d'aborder. Le sans-abrisme en France ne concerne pas uniquement des personnes de nationalité française. Ce n'est pas le cas aujourd'hui et ça n'a jamais été le cas : « Les étrangers sont présents dès les débuts des asiles de nuit français » (Brodiez-Dolino, 2018, p.117). Cependant, leurs origines géographiques, leur nombre et leurs conditions d'accueil ont évolué avec le temps :

> « Ces migrants n'ont rien, on l'a vu, de très nouveau, mais ils étaient jusqu'alors hébergés dans des foyers Sonacotra (hommes isolés) et des logements de fortune (familles), ou pris en charge (migrants politiques) par des associations spécialisées […]. Les évolutions des années 1990-2000 tiennent d'une part à leur origine géographique : arrivée importante, à la suite des conflits des Balkans, des migrants d'Europe de l'Est, puis d'Afrique noire, puis du Proche- et du Moyen-Orient, même si pour ces derniers les chiffres restent comparativement faibles. Elles relèvent d'autre part de leur nombre exponentiel qui, lié à leur interdiction de travailler depuis 1991, sature les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et se reporte sur les centres généralistes. Tandis que le faible taux d'acceptation des demandes d'asile fabrique mécaniquement des déboutés, qui reviennent aujourd'hui par la voie de l'autorisation de séjour pour raisons médicales ; condamnés à un *no man's land* existentiel, conjuguant "errance dans la rue" et "errance institutionnelle" ils sont, comme les mendiants et les vagabonds d'hier, poussés à la "culture de la clandestinité" » (Brodiez-Dolino, 2018, p.125-126).

Selon la dernière enquête nationale Insee-Ined sur les personnes sans domicile, en 2012, 18% des sans-domicile usagers des services d'aide sont des étrangers non francophones et 35% sont des étrangers francophones[205] (Yaouancq & *al*., 2013). Dans le monde de l'assistance, le « migrant précaire » constitue « la nouvelle figure du débordement » (Chambon, 2013). Comment se déroule la consultation médicale avec des étrangers non francophones ? Précisons-le d'emblée : en raison des coûts financiers, il est rare qu'un interprète assermenté soit présent. Lors de mon enquête je n'ai d'ailleurs jamais observé une consultation médicale avec un interprète. La plupart du temps les professionnels se débrouillent pour faire passer des informations et, éventuellement, laisser une place à la parole du patient, comme lors de cette consultation médicale.

Nous sommes le 1er avril 2014. Avec Ilyan, nous accompagnons Stanislas à un rendez-vous chez son médecin traitant. Comme Miroslaw, Stanislas est de nationalité polonaise et ne parle quasiment pas français. Ce rendez-vous médical est l'occasion de faire le point sur différentes analyses qu'a dû faire Stanislas quelques semaines plus tôt en raison d'une pelade inexpliquée qui le contrarie fortement. Pour masquer cette perte de cheveux, il s'est rasé et porte une casquette. Dans la salle d'attente, alors que nous patientons, il me montre sa carte d'identité polonaise et m'indique la photo où il pose, bien coiffé. À peine entrés dans son bureau, le médecin lui demande : « Alors la pelade, ça repousse ? » Stanislas enlève sa casquette pour montrer sa tête et s'exprime en polonais ; si les mots sont insaisissables, le médecin, l'infirmier et moi comprenons que cette situation lui déplaît fortement. Le médecin explique alors : « Je n'ai pas la cause. On a bien cherché mais je ne sais pas. » Il ne semble pas préoccupé par cette perte de cheveux, ce qui l'inquiète c'est l'état du foie de Stanislas qui est dépendant à l'alcool. Le médecin estime qu'il y a « urgence » à arrêter de boire sinon c'est la « catastrophe ». Il s'adresse à l'infirmier, qui se tourne vers le patient : « Tu comprends Stanislas ? Ton foie malade [*en montrant son propre foie*]. » Le médecin renchérit : « Foie malade malade ! », en doublant le terme pour insister sur la gravité de la situation. La compréhension est difficile, le médecin et l'infirmier bricolent avec des mots simples, sans faire de phrases et en recourant à des gestes. Ilyan souligne qu'il faudrait un interprète pour savoir ce que Stanislas « comprend et pense de tout ça ». À cause de la langue, le patient s'efface de l'interaction. L'infirmier et le médecin se parlent entre eux. Le premier ramène des éléments de la vie du patient et indique au second qu'il ne souhaite pas arrêter de

[205] Le rapport d'activité 2012 de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital indique que 42% des patients pris en charge sont étrangers mais ne précise pas la part des (non) francophones.

consommer de l'alcool : « Il n'y a pas longtemps, il a eu un abcès dentaire. Des antibiotiques lui ont été prescrits mais il ne les a pas pris car pour lui c'est soit les médicaments soit l'alcool. Je lui ai dit qu'il peut essayer de baisser sa consommation mais c'est compliqué, on en a souvent discuté. » Pour le médecin, il ne s'agit « pas seulement de diminuer mais d'arrêter complètement par rapport à l'état du foie. » L'infirmier interroge alors le médecin en rappelant l'impasse administrative dans laquelle se trouve Stanislas : « Après c'est quoi s'il y a sevrage ? On ne peut pas travailler de projet de réinsertion avec Stanislas. Il n'a pas de papiers. S'il y a sevrage, après il retourne à la rue et avec tout ce que ça peut ramener… », sous-entendu en termes de consommation d'alcool. Après la consultation, Ilyan me fera part de son désaccord avec la posture du médecin et de la « difficulté qu'il y a à faire comprendre les réalités aux médecins. La question de l'alcool on en a discuté plusieurs fois. Si rien ne peut être travaillé au niveau administratif et que Stanislas n'a pas envie d'arrêter, c'est compliqué de se lancer là-dedans.[206] » Le médecin souhaite associer le patient à la discussion. Il commence par demander au tiers-infirmier si Stanislas « lit le russe » ; il lui confirme que « oui ». Le médecin tourne son écran d'ordinateur[207] et va sur le site Google Traduction. Il tape un à un des mots qu'il fait traduire : « Foie » – « Très malade » – « Alcool » – « Réduire ». Stanislas s'avance, s'appuyant presque sur le bureau pour les lire. D'un signe de la tête de haut en bas il montre qu'il a compris ; mais son haussement d'épaules et son mouvement de la main témoignent de son scepticisme. Ce qui le préoccupe c'est la pelade et il ne semble pas vouloir aborder une nouvelle fois la discussion quant à sa consommation d'alcool. Malgré la barrière de la langue, le médecin, via l'utilisation d'internet, cherche à l'informer et à susciter chez le patient peut-être pas tant la parole qu'une réaction, quelle qu'elle soit. Même si, lors de ces consultations médicales auxquelles le tiers-infirmier est l'interlocuteur privilégié du médecin, ce dernier peut réorienter la conversation pour transmettre des informations au patient, le solliciter et potentiellement favoriser sa prise de parole.

[206] L'infirmier souligne l'imbrication forte qui existe, aussi bien selon des professionnels que des (anciennes) personnes sans abri, entre la sortie de l'alcool et la sortie de la rue. Ses propos font d'ailleurs directement écho à ce qu'explique Tierry Torche à Pascale Pichon : « Ce sont les deux qui sont imbriqués. Celui qui veut sortir de la rue, il faut qu'il sorte de l'alcool, et celui qui veut sortir de l'alcool, il faut qu'il sorte de la rue. On ne peut pas sortir de l'un sans l'autre. La première cure que j'ai faite a raté parce que j'étais toujours dans la rue […]. La première fois que je suis allé en cure, dès que je suis revenu, je suis retourné dans la rue et je n'ai pu tenir que cinq mois parce que dans la rue c'est impossible de sortir de l'alcool. C'est un environnement. Tout le monde boit, vous êtes le seul à ne pas boire. Alors même avec la meilleure volonté du monde, vous finissez par craquer » (Pichon & Torche, 2011, p.78-79).

[207] Le geste rappelle celui du gastroentérologue qui tournait l'écran cette fois pour que l'infirmier puisse lire la prescription qu'il faisait pour Miroslaw.

***

Les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital sont des « tiers » missionnés pour réparer un « trouble » (Emerson & Messinger, 2012 [1977]). Dans cette perspective d'une micro-politique du trouble, « ce sont, en termes analytiques, la nature et l'orientation de l'intervention qui déterminent en quoi consiste le trouble » (*Ibid*. p.73). La description du travail d'articulation mené par les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital nous indique que le trouble qu'ils essayent de réparer est un trouble dans l'accueil et la prise en charge des patients sans abri dans le monde médical. En effet, en les accompagnant lors des consultations médicales, ils ramènent, avec elles, ce qu'il se passe dans le monde de l'assistance. Ainsi, ces patients qui ont tendance à être cadrés comme des *personnes préjugées*, comme on l'a vu dans la section 1 de ce chapitre, sont recadrés en des *personnes attachées,* inscrites dans des collectifs à considérer pour définir des soins qui leur soient appropriés. Les circulations des tiers-infirmiers entre les mondes sociaux, entre des institutions et des professionnels contribuent à une *repersonnalisation* des personnes sans abri. En apportant un ensemble d'éléments concrets sur la vie des patients et leurs conditions de vie, ils favorisent, chez le médecin, une considération des *singularités* du patient et, par prolongement, de sa *capacité à agir*, de ce qu'il est en mesure ou pas de faire au regard de l'environnement dans lequel il s'inscrit. Apporter ces informations permet la formulation d'un diagnostic et d'un traitement adaptés aux conditions de vie des personnes sans abri et contribue ainsi à réduire les « malentendus » qui peuvent exister entre le médecin et le patient (Coulomb, 2018 ; Fainzang, 2006). Cependant, interlocuteur privilégié du médecin lors de la consultation médicale, la présence d'un tiers-infirmier endossant le rôle de « porte-parole » peut contribuer à faire en sorte que le patient s'efface ou soit oublié lors de l'interaction. Un paradoxe émerge alors : la *personnalisation* du patient dans sa prise en charge médicale peut se traduire par une *dépersonnalisation* de ce même patient dans la rencontre de face à face ; il ne participe pas ou peu à la consultation médicale alors que les échanges entre le médecin et le tiers-infirmier sont orientées vers sa participation aux soins.

Quittons maintenant le monde médical pour nous focaliser sur le monde de l'assistance pour comprendre comment l'accès aux soins des personnes sans abri y est pensé et mis en œuvre.

Chapitre 3 – Soigner les hébergés, héberger les malades

Poursuivons notre circulation dans les deux principaux mondes sociaux entre lesquels l'accès aux soins des personnes sans abri s'organise. Alors que le chapitre 2 se concentrait sur le monde médical et, plus spécifiquement, l'institution hospitalière, ce chapitre 3 se focalise sur le monde de l'assistance et, en particulier, les institutions d'hébergement. Depuis les premiers asiles de nuit créés à la fin du XIX^{e} siècle (Katz, 2015 ; Brodiez-Dolino, 2013), le paysage institutionnel de l'hébergement social pour les sans-abri s'est élargi et complexifié. Une multitude d'établissements, aux statuts différents et aux fonctionnements variables, coexistent les uns à côté des autres. Si les institutions d'hébergement se sont d'abord fondées sur l'idée de « dépanner » ou de « réinsérer » les sans-abri (Katz, 2015 ; Aranda, 2019a), de nouvelles structures d'hébergement, explicitement dédiées à l'accès aux soins des sans-abri, ont vu le jour à partir des années 1990, dans la lignée de la médicalisation du problème public du sans-abrisme (Gardella, 2014 ; Schlegel, 2019), Or, comme l'a analysé Axelle Brodiez-Dolino (2013), historiquement, la vulnérabilité sociale est intimement liée à la vulnérabilité sanitaire dans la lutte contre la pauvreté. Partant de ce double constat d'une hétérogénéité d'institutions d'hébergement et d'un public doublement vulnérable, ce chapitre interroge les relations entre « héberger » et « soigner ». Comment l'hébergement social a-t-il évolué au regard de la problématique de l'accès aux soins ? Comment s'organisent et s'accomplissent les soins dans des institutions comprenant uniquement des travailleurs sociaux ? Comment le nombre limité de places d'hébergement, au regard des demandes existantes, contribue-t-il à porter une attention spécifique sur l'état de santé des personnes sans abri ? Telles sont quelques-unes des questions qui seront abordées. Ce chapitre ne prétend pas rendre compte de toutes les formes d'articulations possibles entre l'hébergement social et l'accès aux soins, dans l'agglomération lyonnaise. Deux formes d'articulation seront analysées La première renvoie au fait de soigner, dans les institutions d'hébergement, les personnes sans abri accueillies ; la seconde renvoie au fait d'héberger, dans des institutions d'hébergement médicalisées ou pas, les sans-abri

malades. Le chapitre montre comment ces deux dimensions coexistent aujourd'hui : des professionnels d'institutions d'hébergement non médicalisées repèrent chez les personnes sans abri des problèmes de santé et s'engagent dans des pratiques d'accompagnement aux soins ; au même moment, des sans-abri définis comme « malades » sont orientés vers des institutions d'hébergement au nom de leur état de santé.

Ce chapitre est composé de trois sections. La première se focalise sur une association lyonnaise, déjà évoquée, le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. À partir de mon enquête archivistique, je propose de retracer les évolutions de la problématique de l'accès aux soins, entre des préoccupations situées et des orientations publiques nationales. Dans une deuxième section, j'analyse comment dans les institutions d'hébergement non médicalisées pénètrent des professionnels médicaux et paramédicaux qui relèvent du « droit commun » et de dispositifs dédiés. Ces modes d'intervention se complètent et ont été facilités par une mobilisation de professionnel de l'urgence sociale, à Lyon, à l'hiver 2009-2010, qui a conduit à l'application du principe de continuité de l'hébergement. Enfin, dans une troisième et dernière section, je propose de soulever la question de l'entrée en hébergement sur critères médicaux, en mettant en parallèle l'expérience de travailleurs sociaux qui sont censés prioriser les demandes d'hébergement sur des critères de « vulnérabilité » et celle de personnes sans abri qui sont orientées aux Lits Halte Soins Santé. Si les enjeux sont extrêmement différents, l'incertitude et la confrontation à l'inconnu occupent une place prépondérante. Au travers de ces trois entrées, il s'agira de montrer la manière dont le soin s'insère dans le quotidien des institutions d'hébergement

Section 1 – L'accès aux soins depuis le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (1950-2005)

Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri est une association d'aide aux sans-abri qui « polarise l'espace de l'urgence sociale lyonnaise » (Brodiez-Dolino, 2020, p.4[208]). Cofondé en 1950 par Gabriel Rosset, qui en sera le directeur jusqu'à son décès en 1974 et dont les écrits nous serviront en partie de guide dans cette section, le « Foyer » « ne devait être qu'une petite structure ne dépassant pas les trente accueillis, ouvert ni aux Nord-Africains (pourtant alors

[208] Cet ouvrage étant en cours de publication au moment de la rédaction de la thèse, la pagination correspond à une version intermédiaire qui date de février 2020. L'enquête archivistique que je propose dans cette section s'appuie sur celle d'Axelle Brodiez-Dolino et engage une relecture d'une partie des archives qu'elle a travaillées à l'aune de l'accès aux soins. Cette section s'inscrit donc en complément de son travail.

dans une très grande misère de logement), ni aux femmes et aux familles » (*Ibid.*, p.4). Finalement, au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri est progressivement devenu l'association la plus importante de l'agglomération lyonnaise, en termes de personnes sans abri accueillies dans les institutions d'hébergement et les accueils de jour. La présence d'une si grande association dans le paysage institutionnel local n'est pas une spécificité lyonnaise : « Ces grandes associations locales sont la norme bien plus que l'exception. La délégation de service public, à une œuvre privée anciennement et solidement implantée, reconnue et efficace, est un mode opératoire des plus usités en France dans le secteur sanitaire et social, et le secteur du sans-abrisme en est emblématique » (*Ibid.*). Pourquoi se focaliser sur cette association ? Au-delà d'un accès facilité à ces archives institutionnelles via une première rencontre avec Axelle Brodiez-Dolino, une surprise, un étonnement a été à l'origine de cette enquête : pourquoi le Centre Gabriel Rosset, le plus grand établissement d'hébergement de la ville de Lyon, comprend entre ses murs un « point santé » dans lequel exercent deux infirmiers salariés de l'association ? Comprendre l'émergence de ce dispositif atypique, que je n'ai retrouvé dans aucune autre structure d'hébergement de l'agglomération, a guidé mon travail archivistique. En consultant les rapports moraux et d'activité ainsi que les comptes rendus de réunions, mon horizon s'est élargi : le « point santé » est un dispositif d'« accès aux soins » parmi d'autres au sein de l'association. Je propose donc dans cette première section de revenir sur de multiples préoccupations et expérimentations menées, depuis 1950, qui soulèvent la question de l'accès aux soins des sans-abri. Nous verrons comment elles émergent entre des épreuves pratiques et morales rencontrées sur le terrain et des orientations nationales qui définissent l'action publique en direction des personnes sans abri. Deux périodes seront distinguées : dans la première, qui s'étale de 1950 au début des années 1980, l'accès aux soins est une préoccupation mais pas une priorité (1) ; dans la seconde, qui commence dans les années 1980 jusqu'au milieu des années 2000, l'« accès aux soins » prend de plus en plus d'importance dans un contexte de médicalisation du problème public du sans-abrisme (2).

1/ 1950-1980 : une préoccupation, pas une priorité

Lorsque l'association est créée, en 1950, sa mission n'est pas l'« accès aux soins » des personnes sans abri mais leur hébergement et leur relogement. Cependant, l'état de santé des personnes accueillies amènent les membres du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri à se préoccuper de cette question, notamment en orientant, voire en accompagnant des sans-abri à l'hôpital (a). Dans les années 1960, la question de l'alcoolisme occupe une place centrale pour le président Gabriel Rosset, entre souci « médico-social » et régulation des troubles dans la cohabitation (b). Néanmoins, à cette période, pour l'association, la priorité est le relogement des sans-abri et la résorption des bidonvilles ; la santé des personnes s'améliorerait à condition que les personnes accèdent au logement (c).

a/ Répondre aux besoins singuliers des sans-abri

Gabriel Rosset (1904-1974) est originaire de l'Isère. Professeur de Lettres de l'enseignement primaire supérieur, il est nommé à Lyon en 1935 (*Ibid.*, p.23). Membre « du groupe lyonnais des professeurs catholiques de l'enseignement public », il s'engage à partir de 1948 dans une Conférence mixte avec la Société de Saint-Vincent-de-Paul.

> « C'est dans sa Conférence que Rosset apprend le projet de créer à Lyon un nouvel asile de nuit. De fait, n'existent alors plus que deux refuges, l'asile municipal, créé en décembre 1889, d'une bonne centaine de places mais de plus en plus vétuste et à la discipline rigoureuse, et celui de l'Armée du Salut, protestant mais dont on ne sait quasi rien faute d'archives […]. Gabriel s'empare du projet. La première mention date du 22 novembre 1949 : "M. Rosset qui est au courant de l'affaire nous en a exposé l'historique et l'urgence. Il s'agirait de trouver des notabilités pour fonder un comité, des fonds, un local, du matériel, puis des dévouements pour assurer la bonne marche de l'œuvre. Nos prières seront utiles pour attirer la bénédiction de Dieu" » (*Ibid.*, p.26).

L'association le « Foyer des sans-abri[209] » est déclarée en préfecture le 24 mai 1950 avec insertion au *Journal officiel* du 9 juin ; Gabriel Rosset est l'un des sept membres fondateurs (*Ibid.*, p.27). L'association se donne les missions suivantes :

> Elle a « pour objets principaux, dans la mesure de ses possibilités et des ressources dont elle pourra disposer : a) de procurer un lit à des hommes sans abri, de leur fournir un repas, de leur accorder des secours les plus indispensables en vêtements, linges, chaussures, etc. de leur offrir du travail, etc. ; b) et plus généralement, de

[209] Le nom « Foyer Notre-Dame des Sans-Abri » sera adopté en novembre 1951.

> s'intéresser à toutes les misères physiques et morales des plus déshérités de la vie et en particulier de ceux qui n'ont pas de domicile. Pour remplir ces objectifs, elle se propose d'établir dans la ville de Lyon et dans sa banlieue un ou plusieurs foyers d'accueil » (cité dans Brodiez-Dolino, 2020, p.27)

Si la priorité est d'héberger des hommes sans abri, le souci pour leur santé transparaît déjà sous la formule « misères physiques et morales ». L'association créée, il faudra attendre plusieurs mois afin qu'elle trouve un local. Et c'est finalement fin décembre 1950 que le Foyer ouvre ses portes, 3 rue Dumoulin[210] dans le quartier de la Guillotière, dans le 7ème arrondissement de Lyon. Parmi les premiers accueillis, on note la présence « des malades sortant de l'hôpital » (*Ibid*., p.30). Dès 1951, le rapport moral de l'année écoulée rend compte de deux actions en lien avec l'hôpital. La première est celle des « visites médicales gratuites[211] ». Elles mettent en pratique « le chapitre XXV, versets 31 à 46, de Saint Matthieu[212] : donner à manger et à boire, accueillir, vêtir, visiter les malades et les prisonniers » (*Ibid*., p.35). Selon le rapport moral de 1951, les « visites à l'hôpital donnent déjà des résultats excellents. Nos anciens pensionnaires se montrent très reconnaissants quand on les suit au cours de leur maladie. On peut leur faire aussi beaucoup de bien moralement. Un groupe de dames s'occupent de visiter les malades. Souhaitons qu'il grandisse[213] ». La seconde action en lien avec l'hôpital est que « le Foyer s'est occupé de faire hospitaliser des malades[214] ». Ce travail d'orientation des sans-abri ayant des problèmes de santé vers les hôpitaux constitue la première activité en lien avec la question de l'accès aux soins. Les bénévoles de l'association opèrent un travail de cadrage des « passagers », pour reprendre la catégorie employée pour désigner les sans-abri accueillis, qui les amènent à considérer leurs *singularités* et donc leurs éventuels problèmes de santé. Dans le monde de l'assistance, les réponses apportées s'ajustent aux profils des personnes et à leurs besoins. Comme l'écrivent Axelle Brodiez-Dolino et Bertrand Ravon, « l'identification des différentes personnes en difficulté (dont les sans domicile fixe) suivant leurs problèmes spécifiques opère *une descente en singularité qui oblige à distinguer les situations* (les formes de dénuement matériel, de

[210] La rue Dumoulin a été renommée rue du Père Chevrier en juillet 1960. C'est à la même adresse qu'est aujourd'hui situé le Centre Gabriel Rosset, le plus grand centre d'hébergement de Lyon. Ce centre est parfois nommé le « Père Chevrier », comme on l'a vu dans la section 1 du chapitre 2.
[211] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport présenté les 23 septembre et 7 octobre 1951 aux serviteurs et amis du Foyer.
[212] « Car j'avais faim, et vous m'avez donné à manger ; j'avais soif, et vous m'avez donné à boire ; j'étais un étranger, et vous m'avez accueilli ; j'étais nu, et vous m'avez habillé ; j'étais malade, et vous m'avez visité ; j'étais en prison, et vous êtes venus jusqu'à moi. »
[213] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport présenté les 23 septembre et 7 octobre 1951 aux serviteurs et amis du Foyer.
[214] *Ibid*.

mobilité, de vulnérabilité) et à *individualiser les réponses* (en termes d'insertion économique, sociale et sanitaire) » (Brodiez-Dolino & Ravon, 2016, p.48, je souligne). On trouve, au cours des années 1950 et 1960, des exemples de situations témoignant de ce travail d'orientation qui prend parfois la forme d'un accompagnement physique :

> « Un exemple entre mille : Un jeune Algérien, arrivant de Mulhouse à Lyon, fin décembre, est embauché pour ramasser la neige, au service de la Voirie. Il arrive un soir les pieds gelés. Il est incapable de se faire soigner, ni même de se faire comprendre. Transporté par nos soins à l'Hôtel Dieu, il devra subir l'amputation des orteils. On n'ose penser à ce qu'il serait devenu, s'il avait passé dehors deux ou trois jours de plus ![215] »

La situation relève de l'urgence médicale, mais on entraperçoit des affinités avec les pratiques des infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital dans cette manière de circuler, de se déplacer du monde de l'assistance au monde médical. Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri oriente ses passagers vers différents hôpitaux et plus spécifiquement vers l'Hôtel-Dieu. Si l'hôpital est relativement proche (un peu plus de 1 kilomètre), la raison de ces orientations est autre. Elle se devine dans le rapport moral de l'année 1960 qui témoigne d'un accueil facilité dans cet hôpital : « État sanitaire : Assuré grâce à l'accueil bienveillant des divers hôpitaux et particulièrement de l'Hôtel Dieu.[216] »

Comment s'explique cet « accueil bienveillant » ? On trouve un indice dans un compte rendu de réunion du 19 décembre 1961. Ce jour-là, une réunion du comité d'administration de l'association se tient à la clinique Sainte-Elisabeth, à Lyon. Le président Gabriel Rosset s'y trouve en « traitement ». La réunion commence par des remerciements :

> Gabriel Rosset « remercie bien sincèrement tous ceux qui ont prié pour sa guérison et lui ont prodigué tant de marques de sympathie et plus spécialement le Docteur Plauchu qui l'a soigné avec un tel dévouement qu'on a pu vraiment dire en le voyant au chevet de son malade, ce que l'on disait des premiers chrétiens "Voyez comme ils s'aiment". M. Rosset tient à exprimer à nouveau au Docteur Plauchu son admiration et sa reconnaissance[217] ».

Le Dr. Plauchu exerce à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il est un engagé de la première heure dans le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri : il fait partie de la liste des 51 noms des membres fondateurs bienfaiteurs de 1950 (Brodiez-Dolino, 2020, p.28). Comme le rappelle le Dr. Vignat, fondateur d'Interface SDF, le Dr. Plauchu essayait de recruter, dans son service, de

[215] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral sur l'exercice de 1962.
[216] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année 1960.
[217] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Réunion du comité d'administration du 19 décembre 1961.

futurs bénévoles pour l'association ; c'est comme cela que le Dr. Vignat, alors externe des hôpitaux, faisant un stage « chez Plauchu ou Guichard » se retrouve à aller faire du bénévolat, à aller « donner la soupe aux sans-abri ». En sens inverse, comme me l'explique lors d'une discussion informelle Annie Papillon, bénévole de longue date et responsable des archives de l'association, l'engagement du Dr. Plauchu[218] dans le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri et son amitié avec Gabriel Rosset favorisent l'admission des sans-abri à l'Hôtel-Dieu ; le Dr. Plauchu s'impliquant directement et personnellement dans leur (bon) accueil.

L'accès aux soins des sans-abri n'est pas encore une action publique structurée : il n'y a pas de dispositifs dédiés et de réseaux institutionnalisés, à l'instar du Réseau Social Rue Hôpital. L'accès aux soins repose sur les réseau personnels et est facilité par l'interconnaissance de certains acteurs. Mais la question de la santé et de l'intervention médicale se pose explicitement, comme dans le rapport moral de l'année 1962 :

> « Il faut le redire sans cesse aux hommes politiques, aux responsables, aux élus, aux administrateurs. Ce n'est pas seulement devant l'ampleur du mal que nous sentons la nécessité d'une action politique, c'est aussi devant sa profondeur. Il ne suffit pas de donner un lit, une soupe à des hommes à la dérive pour les remettre debout. Il faut s'occuper d'eux un à un. Il faut leur donner des soins médicaux, il faut les suivre longtemps. Il faudrait à une maison comme la nôtre, un équipement médical et social très étoffé […]. Il faudrait l'intervention de l'État, qui seul peut nous donner des médecins, des assistantes sociales, des ateliers, des champs d'expérience sociale, conditions absolument nécessaires, mais non suffisantes, pour vaincre le mal[219] »

Paradoxalement, si l'État est directement visé et se voit imputé la « responsabilité politique », qui lui assigne la charge de la « résolution du problème » (Gusfield, 2009 [1981], p.15), « l'association recule toujours devant les demandes de subventions de fonctionnement : devant les mois nécessaires au montage de projet d'abord, puis les normes administratives à appliquer ensuite. Elle ne fait donc que capter les "subventions d'appoint" qu'on lui offre régulièrement – et qui d'ailleurs ne sont pas rien : subventions du conseil général, de la mairie, de la préfecture, de la CAF, du FAS et des parlementaires de la région » (Brodiez-Dolino, 2020, p.73).

[218] Trois ans après la mort de Gabriel Rosset, le Dr. Plauchu devient président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (1977-1986).

[219] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral sur l'année1962.

b/ Faire face au « fléau de l'alcoolisme »

Dans les années 1960, Gabriel Rosset s'inquiète de plus en plus de la prise en charge des personnes sans abri alcooliques qui pose des difficultés et soulèvent de nombreuses questions. La première apparition de ce public dans les rapports moraux date de 1962. Elle est brève mais la forme interrogative souligne les questionnements en cours : « Le fonctionnement du Centre d'accueil est très alourdi et le climat assombri, par les épaves : ivrognes invétérés et chômeurs professionnels. Qu'en faire, quand dehors il gèle à pierre fendre ?[220] » Un an plus tard, en 1963, le sujet prend une consistance plus dramatique avec l'histoire d'Eugène, un hébergé dont le corps a été retrouvé dans le Rhône. Dans le rapport moral de cette année-là, Gabriel Rosset partage les notes du journal de bord qu'il tient en vivant au quotidien au Foyer :

> « Relisons à ce sujet notre journal de bord : "J'apprends ce 28 août, la mort d'Eugène V… qu'on a retiré du Rhône. La police ayant trouvé sur lui une carte du Foyer, nous a avertis. Il avait travaillé plusieurs années chez nous, au pair, comme aide-maçon et terrassier. On était satisfait du travail de cette espèce de géant, osseux et fort, ne plaignant pas sa tâche. Parce qu'il était blond, avec des yeux bleus et qu'il articulait mal le français, on l'appelait le Polonais. Ne pouvant pas s'empêcher de boire, pour satisfaire sa passion, il commettait des larcins. Quand il s'était enivré, on le punissait en mettant sa petite paie sur son pécule. Il acceptait la punition et promettait… Pour lui faire peur, un jour qu'il avait été convaincu d'avoir vidé les poches de ses compagnons de chambre, on avertit la police qui lui fit une semonce. Cela recommença et empira. On le rencontrait de plus en plus fréquemment en état d'ivresse. Un jour que j'étais absent, il pilla la réserve, s'enivra, fit du tapage. On le renvoya en remettant son pécule. Seulement, au lieu de l'employer à sa subsistance et de chercher du travail, il alla le boire puis s'introduisit clandestinement au Foyer d'où on le chassa. C'était l'été. Nous espérions qu'il irait travailler à la campagne, mais au contraire il est allé à la dérive au point de finir par se détruire. Pauvre Gégène ! Durant une assez longue période, il avait retrouvé dans la vie d'équipe et de travail au Foyer, une stabilité, une certaine dignité. Physiquement, moralement, il semblait assez bien aller. Ses accès de cafard et de beuverie s'espaçaient. Nous avions fait ensemble le voyage de Lourdes où il nous avait paru heureux. Deux fois il était venu à Ste Agnès, l'année dernière et à Pentecôte. Il avait dit d'un ton convaincu : « C'est 15 jours qu'il me faudrait passer ici… » Hélas, il n'y reviendra plus ! Hors du Foyer il n'a pas pu, il n'a peut-être pas su se débrouiller. Pour une question de discipline intérieure, il n'était plus possible de le garder, mais comme il était costaud, travailleur et brave type, nous aurions dû essayer de le placer chez un particulier, loin des bistrots et des entraînements des mauvais camarades. Et peut-être là, malgré sa volonté cassée, il aurait pu vivre… En souvenir de lui, de tout ce qu'il a souffert, de tout ce que nous n'avons pas su faire pour le sauver, puisque nous ne pouvons désormais que prier Dieu pour que, par l'intercession de Notre-Dame de Lourdes, Il

[220] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral sur l'année 1962.

> lui fasse miséricorde, promettons de faire l'impossible pour organiser un service social de placement au Foyer".[221] »

Le récit est marqué par l'obédience catholique du président-fondateur et de l'association. Pour Gabriel Rosset, la mort d'Eugène bouleverse sa manière d'appréhender l'accueil au Foyer. Avant de rendre compte des notes de son journal de bord, il annonce les conséquences de ce décès pour l'institution : « Durant cette année, parmi les travailleurs du Foyer, des buveurs et des instables se sont améliorés, mais la mort tragique de l'un d'eux nous a beaucoup peinés et nous a fait sentir la nécessité d'organiser un service social pour nos hôtes.[222] » Ce service social qui existait déjà, qui était assuré par deux assistantes sociales bénévoles lors de la première année, a été mis « en veilleuse à cause des difficultés rencontrées, un grand nombre de nos hôtes ne nous paraissant pas reclassables et nos forces étant de plus en plus utilisées par d'autres tâches, comme le relogement des familles[223] ». L'épreuve morale de la mort d'un « passager » engage une réflexivité, un retour critique sur le travail mené jusqu'à présent et une redéfinition des conditions d'accueil et des missions accomplies. Les émotions, cette dimension « passive » de l'expérience sensible, sont « impliquées […] dans les modalités de la mémoire, de l'imaginaire et du projet » (Cefaï & Terzi, 2012, p.22). Elles affectent les individus et elles affectent l'institution, comme on le voit ici. Ainsi, après ce drame et « depuis octobre une personne est à la disposition de nos hôtes, tous les soirs de 19h à 20h pour les aider à trouver du travail et faire des démarches[224] ». Les personnes peuvent être accompagnées vers des cures, si elles le souhaitent. L'année suivante, pour la première fois dans les rapports de l'association, apparaît le terme « médico-social » pour qualifier la prise en charge des sans-abri : « Ils ont besoin d'un traitement médico-social. Les cas que nous avons ici sont très sérieux ; on ne soigne pas un cancer avec un cachet d'aspirine. Pour aider efficacement nos hôtes, il faut une formation, une expérience, une vocation ! C'est tout un édifice à construire dont on ne peut indiquer ici que les grandes lignes.[225] » Parmi ces grandes lignes, il est nécessaire de « les guérir de la boisson » :

> « On ne dira jamais assez les méfaits de l'alcool. C'est de lui que vient presque toujours le mal. Quand un malheureux sans abri ne boit pas, il conserve sa raison, sa volonté, il est sociable. J'en connais un dans cette maison qui ne fait jamais de bruit, qui parle avec sagesse, qui trouve le moyen de faire de petits achats de fruits ou de

[221] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral sur l'exercice 1963.
[222] *Ibid*.
[223] *Ibid.*
[224] *Ibid*.
[225] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année 1964.

> friandises qu'il distribue autour de lui pour faire plaisir, qui est toujours calme et souriant, qui mène une vie régulière, honnête et digne. Il se bonifie pour ainsi dire sous nos yeux de mois en mois. Quel contraste avec tous ceux qui, possédés par le démon de la boisson, ont un esprit obscurci, délirant, une volonté affaiblie, brisée, qui sont excités, agressifs, insupportables, méchants même et qui se dégradent de jour en jour. D'un buveur guéri, on peut tout espérer, si lamentable que soit sa situation présente. Pour sauver nos hôtes, comme pour sauver notre pays, il faut que nous luttions de toutes nos forces contre le fléau de l'alcoolisme.[226] »

Le ton est extrêmement moralisateur et la consommation d'alcool est appréhendée sur un seul registre, celui d'un « mal », d'un « fléau », d'un « démon » ; un champ sémantique marqué l'ancrage religieux de l'association. Ici, la personne sans abri est bien une *personne attachée*, pensée dans son interdépendance à l'alcool. On pourrait, à première vue, y voir une *singularisation* du sans-abri. Cependant, l'attachement à l'alcool n'est absolument pas envisagé dans sa configuration particulière, il n'est pas vu à l'aune de ce qu'il est pour le buveur. À aucun moment, l'alcool n'est perçu, par Gabriel Rosset, comme pouvant avoir des effets positifs ou bénéfiques ; de même, il n'est jamais évoqué dans sa dimension festive ou de plaisir (Obadia, 2004). L'attachement à l'alcool et, par prolongement, la personne qui boit, sont *préjugés* et cadrés d'une manière univoque. Il n'y a pas de distinction, pas de cas particulier : les personnes sans abri qui en consomment sont toutes définies de façon similaire. Il faut les « sauver » et « lutter » l'alcool. Le fait de boire contribue ici à une *désingularisation* de la personne. Souvenons-nous, c'est le même mécanisme qui est observable lors de la consultation médicale de Monsieur Claude chez un gastroentérologue, analysée dans la section 1 du chapitre 2. Le médecin pose son regard sur des éléments particuliers du patient qui renforce des représentations stéréotypées vis-à-vis des sans-abri : la minerve dans le sac du patient indiquerait qu'il se serait battu et témoignerait de la violence physique qu'il a subi à la rue. De même, ici, la relation particulière d'un buveur à l'alcool est éclipsée derrière des représentations négatives et moralisatrices de ce produit[227]. La personne sans abri est ici une *personne préjugée*.

L'approche « médico-sociale » que promeut Gabriel Rosset vis-à-vis des buveurs témoigne également d'une époque où l'accompagnement au sevrage et à l'abstinence est l'horizon normatif. Ce n'est qu'à partir des années 1990, en France, que se développe le modèle de réduction des risques (RDR) dans la prise en charge des addictions (Jauffret-Roustide, 2009 ; Bergeron, 2009) : il ne s'agit plus d'arrêter complètement les consommations mais de

[226] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année 1964.

[227] Le chapitre 5 de cette thèse montrera comment les professionnels de la Villa d'Hestia jugent autrement l'attachement à l'alcool.

repenser la manière dont elles sont prises pour réduire les risques sanitaires pour le consommateur. Gabriel Rosset évoque également les troubles, en particulier « sonores », qui peuvent survenir dans la cohabitation en raison de l'ivresse de certaines personnes (Uribelarrea, 2020)[228]. La prise en charge de l'alcoolisme est ainsi en tension entre, d'un côté, soigner et guérir les personnes en considérant leur état de santé et, de l'autre, contrôler et sanctionner les individus pour limiter les « désagréments publics » liés à l'ivresse (Wiseman, 1979) dans des espaces collectifs et partagés. Il s'agit d'une tension caractéristique des « activités de veille, entre "veiller sur" et "surveiller", entre bienveillance et maltraitance, protection et punition » (Bessin 2014). Si les deux dimensions cohabitent toujours, mon enquête, dans son approche ethnographique et socio-historique, me conduit à formuler l'hypothèse que cette définition de l'attachement à l'alcool des personnes sans abri par les acteurs de l'assistance s'est déplacé, depuis les années 1960, sur cette ligne de tension : il s'est éloigné du pôle de la punition pour se rapprocher de celui de la tolérance. L'alcool n'est pas toujours interdit et diverses expérimentations qui autorisent l'alcool existent[229].

Dans les années 1960, ce souci pour l'alcool n'est pas caractéristique du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. Par exemple, à la même période, le Capitaine Freddy François[230], qui exerce dans l'Eure, rédige, en 1960, un rapport consacré aux vagabonds qui « met […] en avant la question de l'alcoolisme et des cures antialcooliques qui devraient être instaurés dans les centres d'hébergement publics ou privés » (Aranda, 2019a, p.114). Si le problème de l'alcoolisme préoccupe le président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, les moyens alloués pour lutter contre ce « fléau » sont dérisoires. Et, deux ans après avoir évoqué la nécessité d'un service « médico-social », en 1966, Gabriel Rosset, dans une section intitulée « Nous ne sommes capables de résoudre aucun problème », mentionne « l'alcoolisme » :

[228] Ces troubles peuvent se multiplier du fait d'éventuelles consommations d'alcool entre les murs du bâtiment. Les personnes peuvent par exemple transvaser du vin dans des bouteilles pour passer *incognito* (Aranda, 2019a, p.263).

[229] Dans l'agglomération lyonnaise, c'est notamment le cas du centre d'hébergement La Chardonnière, géré par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, qui tolère des consommations d'alcool dans l'institution ; signe de l'évolution de l'association vis-à-vis de cette question. Dans la même idée, dans le n°252 (décembre 2016) de la revue trimestrielle éditée par l'association, « L'arche sous l'arc en ciel », on trouve un article de deux pages consacré à l'alcool. Il synthétise les principaux éléments d'une intervention réalisée devant les membres du conseil d'administration de l'association, par Matthieu Fieulaine, anthropologue et alcoologue, qui a cofondé l'association « Santé ! Alcool et réduction des risques », à Marseille, qui défend l'accueil des sans-abri avec leur consommation d'alcool.

[230] Il est « directeur du Centre de relèvement et d'assistance par le travail créé en 1952 par l'Armée du Salut au Château de Radepont » (Aranda, 2019a, p.108).

> « Nous ne faisons pas grand-chose non plus pour guérir les buveurs. Nous nous contentons de les encourager à faire une cure. Nous ne sommes pas œuvre de tempérance ; nous ne formons pas une ligue d'anciens buveurs comme la Croix d'Or. Mais, dans ce domaine encore nous ~~ne~~ voyons ~~pas~~ trop ce qu'il faudrait faire.[231] »

Le ton semble fataliste et le président paraît démuni face aux buveurs. Finalement, à cette époque, s'il s'agit d'une préoccupation ce n'est pas une priorité sur laquelle se focalise le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri.

c/ Reloger pour soigner

Entre 1950 et 1974 (année du décès de Gabriel Rosset), le Foyer Notre-Dame des Sans-abri s'engage dans l'hébergement et, surtout, le relogement des sans-logis et des mal-logés. L'année 1954 constitue le tournant de cette orientation. Début 1954, c'est un hiver glacial en France. Le 1er février, l'Abbé Pierre, dans sa fameuse intervention radiophonique, appelle à ouvrir des « centres fraternels de dépannage » pour les « sans-logis ». L'appel marque Gabriel Rosset. Le 13 mars, l'Abbé Pierre, lyonnais d'origine, est invité par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri et le Mouvement lyonnais d'aide au logement. Avant de donner une conférence publique à la Bourse du Travail, il dîne au Foyer :

> « "Soirée inoubliable" pour Rosset. "Il a parlé une heure et demie, avec une éloquence prenante, irrésistible. Il est capable d'empoigner les masses populaires, sans démagogie, par l'appel à la conscience, à la justice, à la générosité […]. Nous avons été surpris par la puissance de pensée et la force oratoire de ce prophète moderne, qui dénonce les tares de notre temps avec des paroles de bonté et de la vraie charité". Inoubliable aussi car "cette rencontre ne fut pas seulement pour nous une joie et un réconfort, elle fut *une prise de conscience de ce que nous sommes et de ce que nous devons faire pour remplir notre mission*". "Il nous a ouvert les yeux" » (Brodiez-Dolino, 2020, p.44)

La rencontre est marquante, elle esquisse une « mission » dans laquelle va s'engager le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri durant vingt ans. À l'asile de nuit, ouvert en 1950 pour des hommes seuls, s'ajoute d'abord un foyer d'hébergement pour des familles et des femmes seules en 1954. Une autre structure pour femmes, seules ou avec enfants, voit le jour en 1957. Des établissements pour les familles sans-logis sont inaugurés en 1958 et en 1964. En 1966, deux centres pour des familles ayant deux enfants sont construites à Lyon et Vénissieux. Comme le synthétise Axelle Brodiez-Dolino, « en une quinzaine d'années, l'association se

[231] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année écoulée 1966. Les deux mots sont barrés au stylo bleu. Mais il n'y aucune mention de quand ils ont été barrés et par qui.

dote donc de plus de 200 logements en statut “de transit”, répartis entre Lyon et sa proche agglomération, permettant l’hébergement d’urgence et l’accompagnement social de familles et femmes seules » (*Ibid*., p.52). Parvenant à obtenir des terrains grâce au milieu catholique, si important dans l’agglomération lyonnaise, Gabriel Rosset fait construire des habitats à Lyon et dans les communes limitrophes : « Rapidement les constructions s’accélèrent : en 1954-1955, le Point-du-Jour et sept logements à Vaise ; en 1955-1956, sept chalets à Rillieux, trois logements à Sainte-Foy, cinq à Brignais, treize à Saint-Didier-au-Mont-d’Or, vingt à Saint-Symphorien-d’Ozon, sept à Collonges-au-Mont-d’Or, trente à Vaulx-en-Velin, dix à Saint-Cyr-au-Mont-d’Or, quatorze à Saint-Priest ; en 1957, douze chalets d’urgence et onze maisons en durisol pour familles nombreuses à Saint-Cyr… » (*Ibid*., p.55). L’association s’engage aussi dans la construction de cités de transit dans le cadre de la résorption des bidonvilles : « En 1967, le petit asile de nuit de 1950 est déjà devenu le plus grand gestionnaire de cités de transit de l’agglomération lyonnaise, avec 13 cités et 312 familles, pour un tiers algériennes. L’écart ne fera ensuite que se creuser : en 1974, sur 1.637 logements de transit dans le Rhône, 1.111 sont dans son escarcelle, soit les deux tiers » (*Ibid*., p.59). Le nom des communes, le nombre de centres ou de logements construits et leurs dates d’inauguration témoignent du foisonnement de l’association et de la multiplicité des actions entreprises pour reloger les personnes sans logis et, en particulier, les familles. Pour Gabriel Rosset la priorité des priorités est le relogement ; le logement constitue la condition *sine qua non* à toutes démarches sanitaires et sociales, comme il l’explique un rapport moral :

> « Un logement pour une famille qui n'en a pas, est la promotion de base, *une promotion existentielle* au même titre que les soins médicaux qui assurent la santé. L'une et l'autre conditionnent le reste. Or, tandis que l'aide médicale gratuite existe en France et que, dans les hôpitaux, le pauvre est aussi bien soigné que le riche, l'aide au logement pour ceux qui en ont le plus besoin est à développer et même à créer. Il faut commencer par cette promotion de base toute action sociale. Les cours d'alphabétisation et les cours ménagers, une formation professionnelle, syndicale et civique, bref tout ce qui constitue une promotion par le sommet, les relations sociales sont importantes certes : ce sont les étages habitables à construire à partir du niveau le plus bas mais la santé et le logement en sont les fondations. Il faut commencer par le commencement.[232] »

Trois ans plus, le même argument est mobilisé : le relogement permet de repérer et d’accompagner les besoins, notamment médicaux, des personnes :

[232] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l’année 1968.

> « Restons dans le réel. Devant des besoins essentiels comme la nourriture, le vêtement ou le logement, il faut, dans un premier temps, mettre tout en œuvre pour apporter un premier secours, par exemple en ce qui nous concerne, un logement de dépannage. L'individu ou la famille ainsi dépannée ont d'autres besoins, c'est évident. Mais ce n'est qu'une fois la première étape franchie qu'on pourra cerner ces besoins et essayer de les satisfaire. Il en est ainsi en montagne, ce n'est qu'une fois la première ligne de crête atteinte qu'on découvre et distingue nettement les nouvelles distances qu'il faudra franchir pour atteindre le sommet. Nous pourrions facilement fournir des exemples précis montrant qu'une décantation se produit dans les eaux noires de la misère où les malheureux et les familles sont plongés, une fois que le problème de leur logement est résolu. Après on voit beaucoup mieux les autres problèmes. Les relations de locataire-propriétaire étant nouées, on peut mieux découvrir les problèmes de santé, de travail, d'éducation des enfants et travailler à les résoudre. Dans une action sanitaire et sociale en profondeur, si l'on veut tout faire à la fois, on ne fait rien. Le relogement est le support logistique, la base opérationnelle de cette action.[233] »

Ces deux extraits résument parfaitement la manière dont Gabriel Rosset envisage l'aide aux sans-abri et donc, *in fine*, la place accordée à leur accès aux soins durant la période où il est à la tête de l'association. Il ne néglige nullement cette question : on l'a vu, les personnes accueillies peuvent être orientées ou accompagnées à l'hôpital ; des personnes sont envoyées faire des cures pour régler leur alcoolisme ; en 1970, des consultations gratuites d'« hygiène mentale » sont assurées une fois par semaine par le Dr. Vignat – même si ce dernier a relativisé son action auprès des sans-abri dans l'entretien qu'il m'a accordé, comme on l'a vu dans le chapitre 2. Toujours en 1970, le Dr. Plauchu « surveille l'état sanitaire de notre établissement » et il est fait mention du « service de l'infirmerie[234] », sans plus de précision. Il existe donc de multiples actions orientées vers l'accès aux soins mais qui demeurent marginales et, aussi, qui sont marginalisées dans les comptes rendus d'activité rédigés par Gabriel Rosset. Il faut prêter attention au format de ces documents, à ce qui est développé et à ce qui est rapidement mentionné, tout juste esquissé. Le président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri n'évoque pas tout ce que fait l'association de manière détaillée. Il met en avant les actions en faveur du relogement des sans-logis, il met en lumière ce travail qui constitue la mission principale depuis 1954. Comme on le lit dans ses propos, l'obtention d'un logement est le socle, « le support » et « la base » pour entreprendre une « action sanitaire et sociale ». Et c'est à partir du logement que l'accès aux soins pourra se mettre en œuvre. Telle est la ligne directrice de l'association jusqu'au 30 décembre 1974, date du décès de Gabriel Rosset. Incarnation de l'association, la mort du président-fondateur marque un tournant pour

[233] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année 1971.
[234] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année 1970.

l'association : « Survivre au fondateur n'est pas chose aisée pour une association. Il faut faire le deuil du "père", renouveler les formes de charisme et d'autorité, et souvent passer d'une autorité personnelle, celle d'un homme, à une autorité institutionnelle en adaptant les modes de gouvernance. Des enjeux de pouvoir apparaissent, tandis que les écarts se creusent entre "anciens", qui ont connu les débuts et peuvent se prévaloir de cette légitimité, et "nouveaux" qui n'y auront jamais accès » (Brodiez-Dolino, 2020, p.83).

2/ À partir des années 1990 : structuration de dispositifs dédiés

Après le décès de Gabriel Rosset, le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri connaît une longue période où il peine à répondre à la « nouvelle pauvreté » qui émerge dans les années 1980 et à faire évoluer ses établissements. Début 1990, l'association connaît une crise financière et morale dont rend compte le rapport d'un audit externe : « Depuis quarante ans, l'association poursuit l'œuvre engagée par son créateur. Par souci extrême d'authenticité et de respect de l'homme, ses successeurs ne se sont pas autorisés à procéder à un réajustement des objectifs et donc des moyens et de l'organisation devant en découler. Il s'agit du syndrome bien connu du Père Fondateur » (cité dans Brodiez-Dolino, 2020, p.114). Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri va surmonter cette crise en recentrant son activité sur le problème public des « SDF » et en s'engageant activement dans l'urgence sociale naissante. Ce problème public ayant fait l'objet d'une médicalisation au tournant des années 1980-1990 (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019), l'accès aux soins des sans-abri devient un enjeu tant au niveau national que local. Des dispositifs dédiés sont créés au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri dans la lignée d'orientations établies au niveau national (a) mais aussi au regard de situations problématiques localement définies (b). Leurs créations s'accompagnent de réflexions sur l'accès aux soins de « droit commun » qui se traduisent dans certaines pratiques comme la distribution de médicaments(c).

a/ S'emparer de l'effervescence nationale au niveau local

Les archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri constituent un cas intéressant pour observer, localement, l'effervescence nationale des années 1990 autour du problème public du sans-abrisme. Progressivement, l'urgence sociale s'institutionnalise. L'attention de l'État pour les sans-abri est portée au niveau local par les services déconcentrés en charge de la mise en

œuvre des politiques sanitaires et sociales. Ce sont en l'occurrence les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui relaient les attentes et les demandes définies au niveau national. Elles sollicitent les associations présentes sur leurs territoires en même temps que les associations les interpellent et leur soumettent des projets. La structuration de dispositifs dédiés à l'accès aux soins des sans-abri au sein du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri est intimement liée aux opportunités que leur présente la DDASS, comme en atteste un document interne à l'association rédigé par le président Paul Peillon. À la suite d'une « réunion santé » organisée par la DDASS. Il écrit ceci :

> « Les instructions ministérielles insistent – avec financement à l'appui – sur l'ouverture de lits infirmiers destinés à des SDF non "hospitalisables" mais malades (grippe, grosse fièvre, fracture récente, etc.). J'attire l'attention sur la réussite de notre point santé car nous avons su saisir *l'opportunité* qui nous était offerte et qui permet peu à peu d'établir un service stable, définitif et financé. Une nouvelle *opportunité se présente et il serait dommage de ne pas la saisir*. Un projet cohérent présenté à la DDASS aurait toutes chances d'être accepté. Il implique de prévoir :
> - un emplacement – combien de lits ? Jean Desfonds y réfléchit (je pense 4 à 6) ;
> - une surveillance infirmière ou aide-soignante sur 24h, et surtout en week-end ;
> - un budget.
>
> *Cette affaire est à traiter très vite*[235] » (je souligne).

Ces lits infirmiers ont été créés par Xavier Emmanuelli en même temps que les emblématiques équipes mobiles d'aide du Samusocial de Paris, fin 1993, sous le nom de Centre d'Hébergement d'Urgence et de Soins Infirmiers (Gardella, 2014a, p.250). Ils seront pérennisés par une circulaire nationale en 2006 sous l'appellation de Lits Halte Soins Santé. Comme le rappelle Paul Peillon, il s'agit d'un établissement d'hébergement réservé aux sans-abri ayant des problématiques de santé exigeant des soins et/ou du repos mais ne nécessitant pas une hospitalisation. On voit ici la circulation d'un dispositif, sa « carrière » : d'abord créé localement à Paris, formalisé ensuite comme un modèle de réponse possible par l'État qui, via les DDASS, invite enfin les associations locales à s'en saisir et à le mettre en œuvre. Cette circulation est aussi une traduction (Blumer, 2004 [1971], p.197-198) : il ne s'agit pas de recréer à Lyon un Centre d'hébergement d'urgence et de soins infirmiers. Le projet est différent, plus modeste : Paul Peillon pense à 4 ou 6 lits ; ce sont finalement 8 lits qui seront ouverts en février 1995[236]. Néanmoins, il garde avec le dispositif originel un point commun : ces lits sont réservés à des personnes sans abri qui ont des problèmes de santé. Contrairement

[235] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Réunion santé à la DDASS le 9 novembre 1994, Paul Peillon.
[236] Il faut insister sur la rapidité de cette mise en place : un peu plus de trois mois entre le moment où le président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri prend connaissance de cette opportunité (en novembre 1994) et l'ouverture des lits infirmiers (février 1995).

à l'entrée au Centre d'Hébergement et d'Orientation (CHO)[237], l'admission se fait donc au regard de l'état de santé des personnes et est validée par un médecin bénévole. Pour l'association, il ne s'agit donc plus seulement de *soigner les hébergés* mais, également, d'héberger les sans-abri sur des critères de (mauvaise) santé. C'est une dimension sur laquelle je reviendrai dans la suite de ce chapitre.

Les « lits infirmiers[238] » représentent le deuxième dispositif médico-social mis en place au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. En 1994, avec des financements de la DDASS se structure un service, nommé « médical » ou « médico-social » selon les années, qui deviendra en 2000 le « Point Santé » :

> « Il y a eu aussi l'installation, avec l'aide de la DDASS, d'un service médical efficace avec un médecin, infirmière, assistante sociale cinq ou six jours par semaine, service qui se prolonge depuis le 15 février 1995 par l'ouverture rue Eugène-Pons de huit lits médicalisés destinés à des SDF convalescents ou dont l'état nécessite un repos de quelques jours.[239] »

Il est intéressant de noter que cette structuration ne part pas d'une page blanche, elle se base sur des pratiques qui étaient déjà existantes à l'asile de nuit et qu'elle prolonge. En effet, ce service financé, à partir de 1994, par la DDASS perpétue « l'infirmerie » ouverte dans les années 1980 par des bénévoles médecins, infirmiers et étudiants. En 1985, le rapport d'activité consacre pour la première fois une page entière à ce dispositif. Il n'y a pas encore les « chiffres de l'activité », le nombre de pansements réalisés ou d'orientation effectuées, comme on les verra fleurira à partir des années 1990. Mais l'assistante sociale salariée, M[me] Brunet, rend compte d'une partie de l'activité :

> « 4 784 passagers sont venus frapper à la porte de l'infirmerie. Ce chiffre, à lui seul, donne la raison d'être de ce lieu. Passagers d'un soir, ou "presque habitués" qui ont besoin de tant de choses qu'ils ne pourront souvent l'exprimer… Et pas seulement de médicament physique, mais surtout moral. Besoin de s'entendre dire : "Bonsoir, Monsieur !…" Souvent, il n'y aura rien, car la "foule" du soir permet mal de se

[237] C'est en 1986 que l'asile de nuit change de nom et devient le CHO. Notons que ce changement de nom est explicitement lié au stigmate associé au terme « asile de nuit » : « Ceci peut paraître n'être qu'une formule. Cependant, il faut essayer de se mettre dans la peau d'un passager. Comment peut-il se présenter dans sa recherche de travail en donnant une adresse telle que l'Asile de Nuit du Foyer Notre Dame des Sans-Abri ? … Ce simple fait entraîne automatiquement une réponse négative. Il y a des termes qui ont un poids très lourd. Le mot de « sans abri » est lié à celui de clochard et d'incapable. L'autre intérêt du changement de nom est lié à l'accueil. Il est difficile pour quelqu'un, momentanément ou durablement dépourvu de logement, de frapper à la porte d'un lieu dont l'appellation lui apparaît méprisante » (Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport d'activités : Centre d'Hébergement et d'Orientation, 1985-1986).

[238] Ils seront requalifiés en « lits de repos » pour les distinguer des Lits Halte Soins Santé qui ouvrent en 2007.

[239] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Assemblée Générale statutaire du 8 juin 1995 statuant sur l'exercice de 1994.

> consacrer à une écoute véritable, mais ils savent que tous les soirs l'Infirmerie est ouverte pour eux. “Clientèle” ? L'ironie joue mal en l’occurrence… Elle est variée : depuis le vrai passager d'un soir, étranger souvent, qui va… le Routard.. [sic.] De réels clochards : peu, ou par hasard, l'hiver, par grand froid, ils viennent pour un pansement, du sirop pour la toux, et un peu de chaleur. Mais la plus importante fréquentation est formée par les malades sortant d'hôpitaux psychiatriques, dont Notre-Dame des Sans Abri peut être considérée comme “l'annexe” – si l'on pouvait en sourire. Là, il faut, la plupart du temps, faire face à de grands malades, qui ont été en “sécurité” et sécurisés par de longues semaines dans un hôpital spécialisé. Ils se retrouvent presque du jour au lendemain seuls, dans la rue, et ils arrivent, angoissés, perdus (au sens littéral du mot), et de ce fait, encore plus angoissés, agressifs, insolents… Ils sont conditionnés par les médicaments, et en ont souvent les poches pleines que, “généreux” ils distribuent… Ou alors une ordonnance chiffonnée est extraite d'une poche. Ils ignorent totalement, en général, ce qu'ils doivent en faire. Il faut alors essayer de leur procurer ce qui est conseillé, et souvent aussi il faut “faire le 18” et appeler Police Secours…[240] »

On retrouve les sortants d’hôpitaux psychiatriques, déjà évoqués dans le chapitre 2. On devine certaines pratiques, comme la distribution de médicaments ou l’application de pansements. L’assistante sociale insiste sur le travail d’écoute. Les bénévoles formule le « besoin » d’écoute qu’auraient les personnes sans abri et crée un « service-accueil-écoute », à la fin des années 1970 :

> « Le service-accueil-écoute prend de l'importance. Il suffit pour le constater de voir le nombre de personnes qui attendent à la porte de la bénévole qui a choisi d'être là pour écouter et comprendre. Qui reçoit-elle ? Des isolés, des abandonnés, des rejetés, des sans travail, sortants de prison ou d'hôpitaux, jeunes en rupture d'avec leur famille sur la pente de l'alcoolisme, divorcés en dérive, ancienne prostituée qui cherche à s'en sortir etc. etc. Tous demandent à être écoutés, entendus, compris, conseillés et parfois même réprimandés. Disponibilité, patience, compréhension, respect, voilà ce dont ils ont le plus besoin et qu'ils trouvent ici.[241] »

Le travail de soin est multiple et prend des formes différentes. Ces expérimentations, que des bénévoles ont mises en œuvre pour répondre à des situations qu’ils avaient définies comme problématiques, ont servi de socle sur lequel structurer des dispositifs dédiés à l’accès aux soins des passagers. Cependant, il faut insister : cette orientation n’est pas le résultat d’une perception particulière du problème public du sans-abrisme au sein de l’association. Il n’y a pas d’entrepreneurs de cause qui penseraient et pousseraient le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri dans cette direction. Il s’agit plutôt de la saisie d’occasions, d’« opportunités » comme l’écrit Paul Peillon dans le document susmentionné, impulsées au niveau national et qui se

[240] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Asile de nuit 1984/1985.
[241] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport d’activité de l’asile de nuit 1980-1981.

déclinent localement. En 1994 et plus encore à partir de 1995 – en raison, d'une part, de la nomination de Xavier Emmanuelli en tant que Secrétaire d'État auprès du Premier Ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence ; et, d'autre part, de l'adoption de la circulaire n°9508 du 21 mars 1995 relative à « l'accès aux soins des personnes les plus démunis » –, des financements publics sont disponibles pour des projets médico-sociaux. Ils permettent de financer et de développer des dispositifs déjà existants – « l'infirmerie » – et d'en créer de nouveaux – les « lits infirmiers ». Ces évolutions prennent forme dans les documents : à partir de 1995, chaque année, l'association rédige un rapport d'activité exclusivement consacré aux activités médico-sociales. Par ailleurs, cette structuration de l'action médico-sociale s'accompagne d'une professionnalisation de l'activité. En 1999, une infirmière salariée à temps plein est recrutée, son arrivée modifiant « profondément […] le fonctionnement du service médical[242] ». En 2013, lors de mon enquête au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, je recense trois infirmiers salariés dans l'association : deux au Point Santé du Centre Gabriel Rosset[243]et un aux « lits de repos », la nouvelle dénomination des « lits infirmiers ». Cela peut paraître peu. Mais, lors de mon enquête de terrain, seule une autre institution d'hébergement, gérée par l'Armée du Salut, possède une infirmière salariée présente quelques heures par semaine (0.2 équivalent temps plein) et qui intervient sur les « lits de repos » pour femmes. À travers ces dispositifs le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri connaît une médicalisation et se recentre sur le public des sans-abri ; recentrement qui se traduit par des réponses variées et complémentaires : centres d'hébergement et activités médico-sociales donc mais aussi, à partir des années 2000, ouverture d'accueils de jour (Brodiez-Dolino, 2020, p.140).

b/ Inventer un dispositif au regard des réalités locales

La structuration des activités médico-sociales au sein du Foyer Notre-Dame des Sans-abri ne découle pas seulement d'une effervescence nationale et de sa traduction locale par les sollicitations de la DDASS. Comme depuis 1950, les bénévoles et les professionnels de l'association repèrent dans le public accueilli des « besoins » qui les troublent et peuvent déboucher sur de nouvelles expérimentations situées. La DDASS constituant alors le partenaire-financeur qui va les rendre possible, comme en atteste le « Point Hygiène », sur

[242] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Service Médical : Rapport d'activité 1999.
[243] Le « Centre d'Hébergement et d'Orientation » devient en 2002 le « Centre Gabriel Rosset ».

lequel je souhaite ici m'arrêter. Ce dispositif complète le service médico-social de l'association en 2005. Il est défini ainsi :

> « Ce lieu a pour objectif de prendre en compte, tout au long de l'année, les problèmes rencontrés par tous les différents acteurs du secteur sanitaire et social travaillant auprès des personnes en grande incurie. Le public accueilli est un public en grande incurie, c'est-à-dire des personnes – hommes, femmes, enfants – qui négligent leurs besoins primaires en matière d'hygiène et de soins. Ces personnes sont le plus souvent dans une incapacité soit physique, soit psychique de poser une demande de soins, d'hygiène et/ou de se rendre de manière autonome vers les lieux adaptés. Aux personnes repérées sur Lyon, il s'agit d'offrir une prise en charge individualisée, effectuée par un professionnel aide-soignant formé à ce travail […]. Cette personne effectue la douche et le soin du corps à ces usagers dont l'état ne justifie pas une hospitalisation.[244] »

Après les sans-abri « malades » mais « non-hospitalisables » pour les lits infirmiers, une autre catégorie émerge : les personnes en « grande incurie ». Les professionnels et les bénévoles de l'urgence sociale ne cessent de « sous-cibler » une sous-population de sans-abri en raison d'un problème jugé spécifique (Damon, 2012 [2002], p.193). La construction de ces publics émerge dans les pratiques de terrain des professionnels qui désignent des personnes à la marge des institutions (Pichon, 2005b). De manière générale, le travail de cadrage opéré par ces acteurs porte une grande attention aux *singularités* des personnes sans-abri, comme le souligne Marine Maurin en évoquant une « grammaire de la personne » caractéristique du monde de l'assistance (Maurin, 2017). Ici, la singularité dont il est question est le manque d'hygiène. Ce dernier a largement été commenté et analysé par les médecins, psychologues ou psychiatres de la « grande exclusion ». Il constitue tour à tour un indice ou un signe de la « désocialisation » (Declerck, 2001), du « syndrome d'auto-exclusion[245] » (Furtos, 2009) et, plus généralement, d'un « divorce de leurs corps » (Emmanuelli cité dans Cefaï & Gardella, 2011, p.155) chez les sans-abri. Le manque d'hygiène et d'attention au corps s'accentueraient corrélativement au temps passé à la rue : « Plus la personne s'installe dans le monde de l'exclusion, plus le corps en porte les traces et moins il fait l'objet d'attention chez certains individus » (Dambuyant-Wargny, 2006, p.30). Pourtant, la saleté, le manque d'hygiène et son

[244] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Centre Gabriel Rosset – Rapport d'activité 2005

[245] Jean Furtos est un psychiatre lyonnais, co-fondateur avec le sociologue Christian Laval, de l'Orspere (Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion) en 1995. Il définit le syndrome d'auto-exclusion dont l'un des signes est : « L'incurie à domicile : les gens se négligent. Ils accumulent les choses sans arriver à distinguer ce qu'il faut jeter de ce qui est à garder. Leur appartement devient une poubelle, et ils se mettent à collectionner frénétiquement des objets auxquels ils tiennent comme à la prunelle de leurs yeux. Certains parlent alors du syndrome de Diogène » (Furtos, 2009, p.33). Au sein de l'urgence sociale lyonnaise, j'ai rencontré des professionnels qui définissaient certaines personnes sans abri comme étant en « situation d'auto-exclusion », en se référant explicitement à Furtos.

corollaire d'odeurs peuvent être lus autrement. Je me souviens par exemple, en 2011, alors étudiant en master 1, de ma rencontre avec Laurence, une femme sans abri d'une soixantaine d'années, qui ne se lavait plus pour se protéger des agressions, en particulier sexuelles, des hommes. Loin d'être le signe d'un délaissement ou d'un abandon du corps, la saleté était réfléchie, pensée comme une protection du corps ; une analyse qu'on retrouve chez Daniel Cefaï et Edouard Gardella à propos de M^me^ Durand[246] (2011, p.156). Les mauvaises odeurs élargissent les frontières du « territoire du moi » (Goffman, 1973 [1971]) et en empêchent toute transgression.

Mais revenons au Point Hygiène. La création de ce dispositif révèle le « pragmatisme obligé » (Hennion, 2010) des professionnels de l'urgence sociale. Les membres des équipes mobiles de la Veille Sociale et l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital font l'expérience d'une situation qui leur paraît problématique : « Quelques personnes, hommes et femmes, sur Lyon en situation de grande incurie [qui] sont dans l'incapacité à prendre soin seules de leur corps avec l'installation rapide d'une misère psychologique, d'une hygiène déplorable. [247] » Pour ces professionnels, le problème est multiple. Il est d'abord « somatique », ne pas se laver, ne pas se changer et garder des vêtements sans les nettoyer peuvent avoir des effets néfastes sur la santé des personnes sans abri, comme le répertorie l'évaluation réalisée par les professionnelles de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Il y a des risques de « parasitoses » comme la « gale » ou des « pédiculoses capillaires et corporelles » ; et des risques de « dermatoses diverses, initialement bénignes souvent compliquées de lésions secondaires cutanées » avec des « surinfections dues aux lésions de grattage (mains sales) », un « risque de généralisation de pathologies infectieuses », une « insuffisance veineuse non-traitée » ou une « eczématisation.[248] » Par ailleurs, le problème, pour les professionnels, est également logistique et organisationnel. D'une part, « l'incapacité de se déplacer de ces personnes demande un transport dédié. Celui-ci est actuellement réalisé par les véhicules et le personnel de la Veille Sociale. Aucune mesure spécifique de prévention de risque de

[246] Sylvie Quesemand-Zucca, psychiatre et clinicienne de la désocialisation (2007a), opère une lecture différente d'une situation qui fait écho aux situations de Laurence et Mme Durand : « Je croise cette femme régulièrement. L'été, elle offre le spectacle de son dos et de ses fesses à la lumière de la rue. Son visage est serein, elle ne boit pas ; sa longue chevelure est envahie par les poux ; le regard est vif, elle parle seule, traîne à d'autres moments son corps dans un vieil habit poussiéreux en plein milieu d'une avenue à circulation rapide, loin de toute conscience d'un danger quelconque : son « site » est malodorant à souhait, elle connaît parfaitement tous les signes et sigles médicaux qui lui font répondre qu'elle se sait en bonne santé ; sa saleté est, dans son délire psychotique parfaitement construit, « un élément protecteur contre les mauvaises ondes et les mauvaises rencontres » » (Quesemand-Zucca, 2007b, p.26).

[247] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Projet final d'un lieu d'hygiène adapté aux personnes en grande incurie », 13 septembre 2004.

[248] *Ibid*.

contamination du personnel et du matériel n'est réellement assurée [249] ». D'autre part, « nous constatons que les lieux d'hygiène douche-vestiaire existent mais sont le plus souvent adaptés pour des personnes autonomes. Il paraît évident que les services d'urgences des hôpitaux ne peuvent assurer ce traitement de l'hygiène corporelle hors indication médicale aiguë[250] ». Les professionnels rencontrent des difficultés à réaliser ces « soins d'hygiène » et constatent « une perte de temps et d'énergie consécutives » à :

> « - L'éparpillement des différents lieux de traitement de l'incurie (vestiaire, douche, soins).
> - Le manque d'un lieu mixte.
> - Un temps d'attente relativement long pour l'accès à ces différents services.
> - Manque de moyens matériels (douche mal adaptée, absence de produit d'hygiène et de soins corporels efficaces).
> - Manque de produits de traitement des parasitoses (nom remboursé par la Sécurité Sociale).
> - Manque d'approvisionnement de certains vestiaires.
> - Manque de personnel missionné pour ce travail autour de l'hygiène.[251] »

Cette mise à plat et à l'écrit du trouble a été menée lors de réunions entre professionnels et par un travail d'enquête dont l'évaluation intégré au projet final rend compte[252]. Leurs observations nous indiquent comment la personne en « grande incurie » est appréhendée par les professionnels. Ils la cadrent comme une personne en *incapacité* d'accéder à l'hygiène. Mais, sans éluder d'éventuelles dimensions « psy » qui pourraient expliquer en partie cette situation, leur réponse pointe d'abord comme raison de cette incapacité la relation problématique à un environnement où les ressources et les moyens font défaut. « L'observation est diagnostic, et qui dit diagnostic dit aussi anticipation et préparation » (Dewey, 2014 [1920], p.199). L'observation d'une situation définie comme problématique s'accompagne d'un plan d'action, d'un projet visant à apporter une réponse et à résoudre le trouble initial[253]. Cette proposition consiste ici en un lieu d'hygiène dédié aux quelques

[249] *Ibid*.
[250] *Ibid*. L'éclatement et le manque de solutions existantes pour répondre à cette absence d'hygiène des personnes sans abri n'est pas caractéristique de l'agglomération lyonnaise. On retrouve par exemple ce constat dans une enquête de l'Observatoire du Samusocial de Paris qui affirme que « l'absence d'hygiène est essentiellement due aux difficultés rencontrées pour trouver un endroit où se laver » (Arnaud & Vandentorren, 2013, p.11)
[251] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, « Projet final d'un lieu d'hygiène adapté aux personnes en grande incurie », 13 septembre 2004.
[252] *Ibid*.
[253] Tous les projets n'aboutissent pas. Cependant, les archives consultées ne permettent pas d'appréhender ces cas-là. Par ailleurs, les archives ne permettent pas de saisir les idées, pas encore formalisées en projets, qui émergent continuellement dans l'activité sans pour autant aboutir à la création de nouveaux dispositifs.

personnes sans abri en « grande incurie » où un professionnel sera chargé d'effectuer la douche et ce soin du corps. Pour ces professionnels il faut donc agir sur l'environnement pour que les personnes en « grande incurie » puissent accéder à l'hygiène ; en l'occurrence il faut intervenir sur une institution de l'urgence sociale. Dans le projet initial, l'implantation de ce dispositif au sein du Centre Gabriel Rosset est une possibilité parmi d'autres. Mais, « visiblement, seul le Centre Gabriel Rosset possédait l'équipement, l'infrastructure, le personnel et les compétences pour héberger correctement ce projet et ainsi offrir un accueil convenable pour ce public en grande incurie[254] ». En 2005, avec des financements de la DDASS et de la Ville de Lyon, une aide-soignante est recrutée et le Point Hygiène ouvre ses portes au sein de Centre Gabriel Rosset. Il accueille des personnes sans abri accompagnées par la Veille Sociale.

La création de ce dispositif illustre une autre facette du développement des actions médico-sociales au sein du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. En parallèle des projets définis en réponse à des opportunités soumises par la DDASS, l'association – ici dans le cadre d'un travail en réseau – se fait également force de propositions. Les épreuves quotidiennes rencontrées par les acteurs de l'urgence sociale sont problématisées et font l'objet d'une réflexion qui peut conduire à un travail d'enquête lui-même ouvrant de nouvelles expérimentations adaptées au terrain. La mise en place de dispositifs de soins au sein du Centre Gabriel Rosset se situe donc à la croisée de deux logiques : d'un côté, un contexte national et des politiques publiques qui définissent des orientations et des projets plus ou moins définis en amont qui sont traduits localement ; de l'autre, un contexte local duquel émergent des initiatives censées répondre à des problématiques rencontrées *in situ*, sur le terrain.

c/ Penser l'accès au « droit commun » : le cas de la distribution des médicaments

La création du Point Hygiène invite à appréhender la relation de soins dans son ordre écologique. En effet, penser l'accès aux soins (d'hygiène) des sans-abri conduit les professionnels à réfléchir et à agir sur leurs liens et ceux des sans-abri à l'environnement dans lequel ils s'inscrivent. Comme nous allons le voir avec le cas de la distribution des

L'enquête à la Villa d'Hestia permettra de voir cette multiplicité de propositions, plus ou moins discutées, plus ou moins partagées, qui émergent chez les professionnels (voir le chapitre 5 de la thèse).

[254] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Centre Gabriel – Rapport d'activité 2005.

médicaments au sein du Point Santé, cette question de la relation à l'environnement s'articule à celle de l'accès au « droit commun ».

Le premier rapport d'activité du service médico-social du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri rappelle cette mission : « Le lien entre médical et social est très important pour atteindre l'objectif fixé : permettre à chaque "passager" (personne qui réside au Foyer) d'avoir recours au droit commun.[255] » Cet objectif « n'est pas sans entraîner quelques réticences et quelques difficultés[256] ». L'équipe partage ses interrogations : « Ne va-t-on pas aggraver les difficultés de ces exclus, si en plus de l'exclusion ils sont contraints à se confronter aux labyrinthes hospitaliers ou aux rigidités administratives ?[257] » C'est dans cette optique que la « conseillère sociale », salariée de l'association, mène un travail d'accompagnement dans les lieux de soins de « droit commun » :

> « Il apparaît indispensable que la conseillère effectue certaines démarches pour qu'un passager se rende à un rendez-vous, surtout à l'hôpital. En effet, nombreux sont les passagers qui appréhendent l'hôpital et ont un mauvais souvenir de l'accueil qu'ils y ont reçu. Par ailleurs, les visites aux malades permettent de prendre contact avec l'équipe soignante de l'hôpital et apportent un soutien moral apprécié par des passagers qui se sentent souvent très seuls et ont besoin d'être quelque peu entourés en particulier dans cette situation de vulnérabilité particulière.[258] »

Ces pratiques d'accompagnement à l'hôpital et de visite des personnes malades rappellent celles que les premiers bénévoles du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri accomplissaient dans les années 1950 ; elles trouvent également un écho avec ce que feront les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, quelques années plus tard. Favoriser l'accès aux soins de « droit commun » des personnes sans abri semble indissociablement lié à un accompagnement physique dans les institutions de « droit commun » et en particulier à l'hôpital. Comme l'écrivent Rémi Eliçabe, Amandine Guilbert et Laetitia Overney, « contourner les obstacles consiste aussi, bien souvent, à accompagner physiquement les personnes précaires à l'hôpital » (Eliçabe & *al.*, 2016, p.111). Cette mission de « réintégrer, autant que faire se peut, les circuits habituels de distribution des soins[259] » se traduit également par la signature d'une convention entre l'association et l'École Dentaire de Lyon, censée favoriser les prises en charge, et par les réflexions engagées autour de la distribution

[255] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Service médico-social. Bilan de l'année 1995.
[256] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Service médico-social, Rapport d'activité année 1996.
[257] *Ibid*.
[258] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Centre d'hébergement et d'orientation (CHO). Rapport d'activité année 1997.
[259] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Service médico-social, Rapport d'activité année 1996.

des médicaments. Arrêtons-nous sur ce dernier point en partant de l'exemple d'une situation relatée dans un rapport d'activité :

> « M[r] J.B. est connu du FNDSA et du Service Médical depuis quelques années. Le chômage est ancien, le passé médical est fait essentiellement d'un alcoolisme chronique important avec des poussées aiguës et d'une comitialité. La conversation est détendue, fier qu'il est d'être à jeun (le soir), l'esprit clair, fier aussi de faire remarquer sa longue absence du FNDSA depuis quelques cinq mois. En fait dit-il "je viens chercher des médicaments pour mon épilepsie car je n'ai plus d'argent" et il cite le traitement exact (médicaments et doses) qu'il prend régulièrement. Le regard se contracte quand le médecin de service explique :
> - que le Foyer n'est pas une pharmacie et ne peut avoir en stock tous ces médicaments.
> - que si la galère vécue l'oblige à venir au FNDSA il n'a pas, par dignité et respect, à quêter des médicaments qu'il peut se procurer lui-même en utilisant les circuits sociaux habituels.
> Alors le regard se détend et, utilisant pour la première fois le tutoiement, J. B. a répondu "Tu fais du bon boulot, je te remercie".[260] »

Pourquoi cette situation est-elle présentée dans le rapport d'activité ? Elle est censée illustrer un changement intervenu avec la structuration du service médical en 1994. Même si cela est impossible à affirmer faute de comptes rendus détaillés sur l'activité de l'infirmerie avant 1995, il semble qu'avant cette année-là les bénévoles pouvaient distribuer des médicaments aux personnes sans abri en fonction de leurs besoins et de leurs demandes. Quelques documents, datant de 1995, m'amènent à formuler cette hypothèse. En effet, à l'été 1995, au moins trois réunions rassemblent des médecins qui interviennent au sein du nouveau service médico-social et des professionnels du Centre d'Hébergement et d'Orientation. Dans les trois comptes rendus disponibles, la question de la distribution des médicaments est soulevée par le Dr. Henri Volle, responsable du service. Si cela n'apparaît jamais explicitement, la place importante qu'occupe ce sujet dans ces trois documents laisse à penser qu'un changement de pratique est en train de s'opérer et qu'il faut prendre le temps de la présenter[261]. Suivons-donc les propos du Dr. Volle. À l'issu de la première réunion, il écrit :

> « Le but de notre consultation du soir est d'écouter, de soigner, de prescrire et si nécessaire de faire donner à l'infirmerie, des médicaments indispensables à court

[260] *Ibid*.

[261] Axelle Brodiez-Dolino évoque rapidement ce *changement* : « L'un des principaux changements est le refus de faire de la consultation "un dispensaire de distribution des médicaments" : pour leur permettre autant que possible de réintégrer les circuits habituels de soins et prendre en charge eux-mêmes leurs démarches, les "passagers" doivent désormais les acheter eux-mêmes en pharmacie, sur ordonnance » (Brodiez-Dolino, 2020, p.133).

> terme […]. Notre rôle est de participer à la réinsertion dans les circuits traditionnels de la santé.[262] »

Il rappelle le souci de faire accéder les personnes au « droit commun » en faisant des prescriptions et en évitant de distribuer, sauf « si nécessaire », des médicaments. Un mois plus tard, il précise la manière dont les médicaments sont gérés :

> « Une équipe d'infirmières est en train de se mettre en place avec une infirmière référente qui aura la responsabilité de l'organisation de l'Infirmerie, en particulier de donner aux passagers qui ne peuvent gérer eux-mêmes leur traitement, les médicaments qu'ils auront pris en pharmacie et qui seront entreposés à l'infirmerie.[263] »

Une cogestion des médicaments peut être organisée si le bénévole ou le professionnel estime la personne sans abri en *incapacité* de s'occuper seul de son traitement ou si la personne sans abri elle-même estime avoir besoin d'un accompagnement – souvenons-nous par exemple du cas de Miroslaw, évoqué dans le chapitre 2, qui a demandé aux travailleurs sociaux du centre d'hébergement où il réside s'ils pouvaient lui garder son traitement et lui rappeler de venir le prendre s'il l'oubliait. Dans un dernier compte rendu de réunion, le Dr. Volle fixe l'organisation du service :

> « Je vous rappelle que le but du Service Médical du CHO est de permettre aux passagers de se réinsérer autant que faire se peut, dans les structures habituelles de distribution de soins. Nous devons donc :
> 1) Vérifier qu'une autre filière de soins (hôpital, spécialiste, etc.) n'a pas supprimé ou contrindiqué tel ou tel médicament.
> 2) Prescrire sur ordonnance le traitement conseillé.
> 3) Noter systématiquement ce traitement dans le dossier (quantité et durée).
> 4) Éventuellement fournir le médicament pour le soir et le lendemain matin.[264] »

Ainsi, à partir de 1995, le service médical distribue des médicaments seulement dans deux situations/cas : lorsque la personne sans abri n'est pas jugée ou ne s'estime pas en mesure de gérer seul son traitement ; et, de manière temporaire, lorsqu'une personne n'a pas eu le temps de se procurer un médicament dont elle a besoin et qu'elle récupèrera le lendemain. En effet, « la consultation n'est plus considérée comme un dispensaire de distribution de médicaments. Les médicaments sont prescrits sur ordonnance, potentiellement établie par les médecins de l'association, que le "passager" va chercher lui-même à la pharmacie, selon ses désirs ; soit il

[262] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Compte rendu de réunion. Service médical, 7 juillet 1995.
[263] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Compte rendu de la réunion du 20 juillet 1995, 16 août 1995.
[264] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Compte rendu de réunion. Service médical, 26 septembre 1995.

les gère lui-même, soit il les apporte à l'infirmerie qui lui fournit chaque soir les médicaments prescrits.[265] »

Un tel fonctionnement renvoie, à première vue, à une logique de responsabilisation des individus, caractéristique de l'assistance depuis la fin des années 1980 (Duvoux, 2014). Les personnes sans abri seraient ainsi sommées d'agir sur leurs soins en allant cherchant elles-mêmes leurs médicaments dans une pharmacie. « La responsabilisation opère effectivement à travers divers principes au nom desquels l'individu est sommé d'agir. Mais ce sont toujours les capacités censées appartenir en propre à l'acteur qui sont évoquées : il faut qu'il se prenne en charge lui-même, qu'il se dote par lui-même de sa propre loi, qu'il s'implique volontairement, qu'il devienne ce qu'il est censé être vraiment » (Martuccelli, 2014, p.207). Cependant, les *capacités* de la personne sans abri ne sont pas pensées par les professionnels sur un registre individuel. Elle sera en mesure d'aller se procurer ses médicaments elle-même à condition de la replacer dans un environnement et un réseau d'interdépendances qui lui permettront d'agir. C'est pourquoi, d'une part, afin de faciliter les démarches, à partir de 1999, les horaires du service médical, ouvert jusque-là de 18h à 20h, sont modifiés pour être « compatibles avec les heures d'ouverture des pharmacies[266] ». D'autre part, l'équipe du service médical sait qu'il n'est pas si simple d'aller à la pharmacie récupérer des médicaments, notamment pour des personnes qui n'ont pas forcément de droits de santé ouverts. C'est pourquoi l'équipe tisse « une entente avec un pharmacien du quartier qui veut bien nous dépanner en attendant que les passagers aient reçu leur notification[267] ». La teneur de cette « entente » et la manière dont elle a été établie ne sont pas développées. Elle est cependant essentielle. Favoriser l'accès aux soins de « droit commun » nécessite la création d'un réseau de relations privilégiées entre l'institution d'hébergement et un ensemble de professionnels de santé situés à proximité. Pour reprendre les enjeux de ma problématique, exposée en introduction, on voit ici comment *la capacité à agir sur les soins* d'une personne sans abri, par exemple en allant récupérer un traitement dans une pharmacie, n'est pas d'ordre individuel mais d'*ordre écologique*. Nouer des accords, généralement informels, avec des lieux de soins situés dans l'environnement proche, dans les environs de l'institution d'hébergement, contribue à *encapaciter* les personnes sans abri. Ainsi, à rebours de politiques

[265] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Centre d'hébergement et d'orientation (CHO), Rapport d'activité année 1995.
[266] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Centre d'hébergement et d'orientation (CHO), Rapport d'activité année 1998.
[267]Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Centre d'hébergement et d'orientation (CHO), Rapport d'activité année 1997.

d'assistance qui promeuvent le « projet individuel » et la « responsabilisation » des personnes accompagnées, l'enquête laisse ici apparaître un projet d'ordre collectif, fait d'interdépendances dans un environnement situé. C'est un point que je vais développer dans la prochaine section.

***

Nous voilà arrivés au terme de cette première section. L'enquête archivistique au sein du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri a permis d'observer, de manière située, les évolutions de la questions de l'accès aux soins des sans-abri. Jusqu'aux années 1990, le mauvais état de santé des personnes sans abri constitue une préoccupation pour les bénévoles de l'association. Ils voient arriver des personnes, les accueillent dans leurs singularités et accompagnent aux soins celles qui ont des problèmes de santé. L'individualisation de l'aide, caractéristique des institutions du monde de l'assistance, se donne à voir dans cette considération des *singularités*. Cependant, des années 1950 aux décès de Gabriel Rosset en 1974, la priorité de l'association est le relogement des (familles) sans-logis. L'accès aux soins occupe donc une place relativement marginale dans les archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri. Les années 1990 marquent un tournant et la médicalisation du problème public du sans-abrisme se donne à voir très clairement au niveau local. La DDASS apparaît comme l'interlocuteur privilégié : soit pour mettre en place des projets promus au niveau national, soit pour financer des expérimentations inventées localement. Les dispositifs médico-sociaux se structurent : Point Santé en 1994, Lits Infirmiers en 1995, recrutement d'une première infirmière salariée en 1999, Point Hygiène en 2005. Les cas du Point Hygiène et de la distribution des médicaments au Point Santé invitent à penser l'accès aux soins dans une perspective écologique, à comprendre comment développer les capacités d'agir des personnes sans abri engagent pour les professionnels un travail sur l'environnement dans lequel elles s'inscrivent. Les sans-abri sont alors cadrés comme des *personnes à rattacher* à des collectifs de soins situés, comme je vais le montrer dans la section 2.

Section 2 – Tisser un réseau de soins situé

Dans l'agglomération lyonnaise, le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri est une association atypique. Hormis La Villa d'Hestia, avec ses Lits Halte Soins Santé, elle est la seule de l'urgence sociale à avoir plusieurs professionnels de santé salariés et plusieurs dispositifs dédiés à l'accès aux soins. Dès lors, une question se pose : comment se passe l'accompagnement aux soins dans les autres centres d'hébergement, ces institutions non médicalisées qui ne comportent que des travailleurs sociaux ? Comment ces professionnels se saisissent-ils de cette mission ? Répondre à cette question invite, une nouvelle fois, à penser le contexte local. En effet, avant de penser l'accès aux soins dans ces centres d'hébergement, il faut aborder l'une de leur spécificité. Comme nous le verrons dans un premier temps, à la suite d'une mobilisation de professionnels de l'urgence sociale au cours de l'hiver 2009-2010, le « principe de continuité » de l'hébergement est partiellement appliqué et réduit le *turnover* caractéristique de « l'urgence-frénésie » (Gardella, 2014a). Des personnes sans abri peuvent s'installer plus durablement dans les institutions d'hébergement ce qui n'est pas sans conséquences sur les soins auxquels elles peuvent prétendre et qu'elles reçoivent (1). Dans un second temps, pour appréhender l'accès aux soins dans les institutions d'hébergement non médicalisées, nous retrouverons les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Il s'agira d'analyser, en miroir du chapitre 2, le travail d'articulation qu'ils accomplissent au sein, cette fois, du monde de l'assistance (2). Nous verrons ainsi comment *dans* et *autour* de ces institutions d'hébergement non médicalisées émergent des réseaux de soins composés de multiples « prises » (Gibson, 2014 [1979]) dont les personnes sans abri hébergées et les travailleurs sociaux peuvent potentiellement se saisir pour agir[268].

1/ Une mobilisation pour l'hébergement et ses conséquences sur l'accès aux soins

Les années 2000 marquent une période de critiques de l'urgence sociale dont le point d'orgue est la mobilisation des Enfants de Don Quichotte à l'hiver 2007, sur les bords du canal Saint Martin, à Paris. Elle est suivie de la promulgation de la loi DALO (Droit Au Logement Opposable) dont l'article 4 définit un « principe de continuité » de l'hébergement : « Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès

[268] Indiquons que cette idée de collectifs de soins situés sera prolongée dans la partie 2 de la thèse.

lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée » (a). Ce principe est l'un des enjeux autour duquel se constitue une mobilisation de professionnels de l'urgence sociale, à Lyon, à l'hiver 2009-2010 (b). Elle débouche sur la mise en application, fin janvier 2010, du principe de continuité dans les institutions d'hébergement. En réduisant le *turnover* et en favorisant l'installation durable des personnes sans abri, le principe de continuité ouvre sur un paradoxe : l'instauration de « soins à domicile » pour des personnes sans abri (c).

a/ Vers une « chronopolitique stabilisatrice »

La durée de séjour limitée dans les institutions d'hébergement est une constante historique. Dans les premiers asiles de nuit créés en France, à la fin du XIX^{e} siècle, cette durée était limitée à une ou trois nuits (Katz, 2015). Il en est de même lors de l'institutionnalisation de l'urgence sociale où elle favorise une interdépendance entre les institutions d'hébergement, le 115 et les équipes mobiles (Gardella, 2014a, p.533). Des personnes sans abri dorment quelques nuits dans une institution puis doivent la quitter ; d'autres prennent « leurs » places pour quelques nuits alors que les premières n'ont plus le droit d'y accéder. Et ainsi de suite. Tel est le fonctionnement en *turnover* des institutions d'hébergement. Limiter la durée de séjour des sans-abri en hébergement permettrait d'« activer » les personnes et éviterait les risques de *shelterization*, entendue comme une installation durable dans l'assistance (Grimard, 2011 ; Gardella, 2014a ; Gardella & Grimard, 2016) ; processus jugé néfaste car il remettrait en cause les finalités d'un accompagnement à la « sortie de la rue ». Si pour certains professionnels le *turnover* semble donc la bonne réponse pour limiter ces formes d'ancrage dans l'institution, il soulève une question quant à la qualité de l'accompagnement proposé à des personnes contraintes de circuler dans le monde de l'assistance. Comment assurer une continuité de l'accompagnement avec une personne forcée de se déplacer entre plusieurs institutions ? Dès les années 1960, cette ambivalence s'exprime avec clarté sous la plume du fondateur-président du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Gabriel Rosset :

> « Nos amis et nous-mêmes sommes scandalisés par les limites de notre action. Quand ce malheureux Portugais nous reviendra à demi guéri et que nous l'aurons gardé un mois ou deux, il faudra le renvoyer (pour faire de la place aux nouveaux). Après nous avoir béni de l'avoir envoyé à l'hôpital, ne sera-t-il pas en droit de nous maudire si nous le jetons à la rue pour appliquer notre règlement sur la durée de séjour. À quoi bon lui tendre la main pour le lâcher ensuite et le laisser retomber dans un abîme de sa misère. Bien sûr nous nous efforcerons d'apprécier son cas, de faire une exception pour lui, mais il faudrait que nous soyons très nombreux et très avertis

> pour traiter ainsi chaque cas particulier. Si nous n'appliquons pas le règlement avec rigueur, nos hôtes resteront indéfiniment. Il faut l'avouer. Une limite de séjour nous protège contre les indésirables en les obligeant à partir. Sans quoi ils nous envahiraient, feraient la loi.[269] »

Si les questionnements autour d'une durée de séjour limitée sont anciennes, comme en témoigne les propos de Gabriel Rosset ici relatés, ce n'est qu'au début des années 2000 que s'opère ce qu'Édouard Gardella nomme un « tournant de la continuité » (Gardella, 2014a). Il se cristallise en décembre 2006, avec l'association les Enfants de Don Quichotte qui installe un campement de tentes sur les bords du canal Saint-Martin, à Paris, en reprenant un « répertoire d'action », au sens de Charles Tilly (Péchu, 2009), mobilisé un an auparavant par Médecins du Monde qui avait pris l'initiative d'installer des tentes place de la Bastille. La mobilisation menée par les Enfants de Don Quichotte va avoir un fort retentissement public pour plusieurs raisons : elle se déroule l'hiver – période classique de préoccupation médiatique pour les sans-abri (Damon, 2004) – avant des élections présidentielle et législative qui constituent une « fenêtre d'opportunité » (Ravinet, 2019) ; le mouvement est incarné par Augustin Legrand, acteur de profession, qui s'implique en tant que « citoyen » en passant des nuits dehors et dont la ressemblance avec l'Abbé Pierre alimente les comparaisons, tant physique qu'idéologique. De plus, la présence dans le mouvement de Martin Choulet, travailleur social exerçant au Secours Catholique, permet de rassembler et d'impliquer autour des Enfants de Don Quichotte plusieurs associations « gestionnaires » (Bruneteaux (dir.), 2013). Rapidement, la mobilisation s'élargit et des campements de tentes sont installés dans plusieurs villes françaises. À Lyon, elles seront installées sur la place Bellecour. Le 26 décembre 2006 est déposée à Matignon et à l'Elysée, la « Charte du Canal » regroupant un ensemble de propositions qui vont orienter les politiques publiques à venir (Gardella, 2014a, p.558). Parmi elles, l'article 2 mentionne :

> « Fini le renvoi à la rue ! Tout accueil en hébergement doit mener à une solution stable. Le système actuel d'urgence porte atteinte à la dignité des personnes lorsqu'on les envoie d'hébergement en hébergement, pour des périodes arbitraires, de quelques jours, entrecoupées de passages à la rue. L'appel au 115 devrait être unique et entraîner un hébergement de la durée nécessaire ! Les dispositifs comme l'accueil "7 nuits" du 115 à Paris doivent être abolis ! On entretient ainsi l'errance, par une répétition de ruptures alors que tout être humain a besoin de stabilité et de liens durables. Cette pratique, qui décourage et casse tant de personnes, ruine leur santé et les met en danger, doit cesser immédiatement. La durée d'accueil dans un

[269] Archives du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, Rapport moral de l'année 1968.

> hébergement doit toujours être personnalisée et conduire à une solution durable et librement choisie.[270] »

Ces propositions sont reprises dans le cadre du Plan d'action renforcée pour les sans-abri (PARSA) signé le 8 janvier 2007 par le Ministre du Logement, Jean-Louis Borloo, et la Ministre déléguée à la Cohésion Sociale, Catherine Vautrin, avec les associations présentes au canal Saint Martin. Quelques semaines plus tard, 5 mars 2007, dans la continuité de cette mobilisation est votée la loi DALO. L'article 4 précise :

> « Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation. »

Les places d'urgence, que les personnes pouvaient occuper quelques nuits, ont vocation à se transformer en des places de stabilisation et de réinsertion, plus durables. Une « chronopolitique stabilisatrice » (Gardella, 2014a) émerge. Cependant, la promulgation de cette loi ne signifie pas son application. À Lyon, il faudra attendre janvier 2010 et une mobilisation des professionnels de l'urgence sociale pour que le principe de continuité de l'hébergement commence à être appliqué.

b/ La mobilisation des professionnels de l'urgence sociale (hiver 2009-2010)[271]

Plus de deux ans après la promulgation de la loi DALO, en novembre 2009, le principe de continuité n'est toujours pas appliqué dans l'agglomération lyonnaise et le manque de places d'hébergement est criant. Pour les professionnels de l'urgence sociale, la situation est « insupportable », comme l'explique rétrospectivement une travailleuse sociale exerçant alors au Samu Social 69 :

[270] « Charte du canal Saint-Martin, pour l'accès de tous à un logement » : https://www.nouvelobs.com/societe/sdf/20070102.OBS5228/la-charte-des-enfants-de-don-quichotte.html (consulté le 27 février 2020).

[271] J'esquisse ici un début d'analyse de cette mobilisation à partir d'un entretien avec une des professionnelles mobilisées et des documents auxquels elle m'a permis d'accéder. Une enquête sur cette mobilisation devrait engager des entretiens avec de nombreux acteurs, d'autres professionnels mobilisés mais aussi des représentants de l'État et des directeurs d'associations. Elle devrait aussi s'intéresser aux parcours des ces personnes pour y déceler des appuis, d'éventuelles expériences antérieures qui ont pu être remobilisées à cette occasion. Mon objectif n'est pas une analyse en profondeur de cette mobilisation. Il s'agit de comprendre son émergence et ses conséquences (impensées) pour l'accès aux soins des sans-abri.

AMELIE : À l'hiver 2009 le contexte de l'urgence sociale est le suivant : il n'y a pas de continuité de l'hébergement à Lyon, donc les gens font trois nuits dans un centre d'hébergement, trois nuits dehors et il y a 100 à 130 personnes qui appellent le 115 et qui n'ont pas de place. Aujourd'hui, ça fait sourire quand on est à des chiffres de l'ordre de 1500 mais à l'époque ça nous semblait réellement insupportable. La loi DALO avait été adoptée en 2007, donc ça faisait deux ans que le droit à l'hébergement, le droit au logement était devenu opposable. Cette non-continuité de l'hébergement, et le fait qu'il y avait des personnes qui sollicitaient le 115 qui n'avaient pas de place, avait un impact très fort sur les pratiques de terrain au Samu Social, au 115, dans les hébergements, dans les accueils de jour. Au Samu Social, quand on est missionné pour aller à la rencontre des personnes, tenter de prendre soin d'elles, tenter de les mettre à l'abri, tenter de les réchauffer un peu au sens de réchauffer le moi, c'est réellement insupportable quand quelqu'un qu'on est allé voir, qu'on est retourné voir, qu'on est re-re-retourné voir, d'un coup nous dit : « Ben ça y est, j'aimerai bien m'occuper un petit peu de moi » et qu'on n'est pas capable de lui proposer quelque chose alors que c'est nous-même qui avons fait émerger la demande. Dans un autre sens, c'était réellement insupportable aussi de travailler, de tenter de travailler un parcours de sortie de rue – parce que c'est l'identité du Samu Social à Lyon – quand le système lui-même convoque les gens à être dans une perspective de très court terme. On ne sait pas où on va dormir cette nuit ou dans trois nuits, comment on peut dire à une personne : « Ben c'est quoi ton projet de vie, qu'est-ce que t'aurais envie ? » On n'est même pas sur l'assouvissement des besoins primaires. Dans les hébergements, ils avaient conscience que remettre les gens à la rue c'était hors la loi et du coup pour eux ça c'était insupportable. On avait le sentiment, en fait, de faire tourner la machine et d'être le rouage d'une machine à broyer et, en disant rien, d'être complice en fait de dysfonctionnements. Et qu'on faisait tourner les choses tranquillement alors que ça n'avait plus de sens pour le Samu Social de descendre dans la rue. Au sein de nos associations, la question de la continuité de l'hébergement et de demander davantage de places c'était un non-sujet en fait. Il ne fallait pas en parler parce que ça, ça appartenait au champ du militantisme, ça n'appartenait pas au champ des professionnels, ça n'appartenait pas au champ du travail social. D'où l'idée de créer à Lyon un réseau des professionnels pour dire hors institution et hors champ de travail mais en tant que professionnels, ce que nos associations-employeurs se refusaient à dire. Donc au Samu Social on était particulièrement bien placés en fait pour recevoir les doléances de tout le monde, du 115, des accueils de jour, des hébergements, vu que les équipes tournent de partout et on sentait que voilà il y avait un moment d'exaspération où plus personne ne voyait le sens du travail proposé aux personnes et du coup depuis le Samu Social, un petit noyau, on a organisé des réunions, avec nos différents partenaires, mais hors temps de travail pour se dire : « Bon ben comment on transforme ? »

Face à cette situation « insupportable », la période est à « l'agacement » plutôt qu'à « l'épuisement » (Breviglieri, 2009, p.139). Loin d'être résignés, les professionnels de l'urgence sociale décident de s'organiser et de se mobiliser. Leur engagement est ancré dans leurs expériences, comme le décrit Amélie, et à mesure qu'ils définissent ce qui fait problème, la communauté concernée, le « public », se constitue (Dewey, 2010 [1927] ; Cefaï & Terzi, 2012). La mobilisation naît au sein du Samu Social 69, et ce n'est pas un hasard. Au moins

deux raisons, évoquées par Amélie, permettent de comprendre ce point d'origine. D'une part, les professionnels du Samu Social 69 circulent dans le monde de l'assistance, se rendent dans différentes institutions, à la fois des centres d'hébergement mais aussi des accueils de jour, observent ce qu'il se passe, recueillent les « doléances » de leurs collègues et prennent le pouls de l'urgence sociale. D'autre part, comme elle le dit, « l'identité » du Samu Social lyonnais est de travailler à des « sorties de la rue », comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 en retraçant l'histoire de la Mission Perrache. Alors que les équipes mobiles d'aide du Samusocial de Paris incarnent et symbolisent une « chronopolitique ponctualiste » (Gardella, 2014a), le Samu Social lyonnais s'inscrit dès son origine du côté d'une « chronopolitique stabilisatrice[272] » (*Ibid*.). Si cette dimension « identitaire » *n'explique pas* la mobilisation des professionnels du Samu Social 69, leur engagement dans ce problème public porte les traces de cette culture institutionnelle. Comme l'explique Amélie, les sans-abri semblent bloquer dans un court terme, en raison du *turnover* et du manque de places d'hébergement (où vais-je dormir cette nuit ou dans trois nuit ?), qui met à mal les projets sur le long terme que tentent de construire les travailleurs sociaux du Samu Social 69. Ces derniers sont ainsi directement touchés par le fonctionnement de l'urgence sociale qui complexifie leur travail.

Leur agacement se traduit par une « prise de parole » (*voice*) (Ferraton & Frobert, 2017), pour reprendre la catégorie d'Albert Hirschman, qui prend la forme, fin novembre 2009, d'une pétition par trois professionnels du Samu Social 69. Elle est directement adressée à la Préfecture de Lyon, à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) et à Benoist Apparu – alors Ministre Délégué au Logement – au nom des « professionnels de l'urgence sociale de l'agglomération lyonnaise ». La pétition, en tant qu'adresse à un tiers, constitue une plainte qui « vient en quelque sorte qualifier publiquement le trouble » (Breviglieri & Trom, 2003, p.408). En désignant des destinataires précis, la pétition impute une « responsabilité politique » (Gusfield, 2009, p.14) : elle rend responsable et comptable politiquement de la situation définie comme problématique certains acteurs et certaines institutions et leur attribue la capacité d'y remédier. Les professionnels réclament l'ouverture de structures d'hébergement, l'application du principe de continuité et, de manière plus générale, « un effort financier conséquent à tous les niveaux du dispositif logement/hébergement[273] ». Cette pétition circule auprès des professionnels du monde de l'assistance, dans différents réseaux, et arrive jusqu'à deux personnes à l'origine de la

[272] Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, au nom de « l'accueil inconditionnel » pour tous s'inscrit quant à lui du côté d'une « chronopolitique ponctualiste » (Bordiez-Dolino, 2020, p.147-148).
[273] Pétition « Pour un réel engagement en faveur des personnes SDF », 2009.

mobilisation des Enfants de Don Quichotte à Lyon, à l'hiver 2007. Ces dernières vont prendre contact avec les professionnels du Samu Social 69 à l'origine de la pétition et vont devenir des personnes-ressources, les conseillant dans les coulisses de la mobilisation :

> AMELIE : C'est comme ça que les Enfants de Don Quichotte ont pris contact avec nous et c'est là où ils ont commencé à nous demander des trucs dont on ne pouvait pas se douter. On leur a expliqué le truc, eux ils nous ont vraiment encouragé sur la dimension professionnelle, en disant : « Voilà nous on a fait Don Quichotte *et cætera*, vous vous avez un autre pouvoir de frappe parce que vous pouvez dire que vous les voyez tous les jours les gens, que vous êtes légitimes pour dire quelque chose. » Quand nous on se demandait si on allait créer un réseau il y avait plein de gens disparates, eux ils nous ont dit : « Vous avez intérêt à privilégier la dimension professionnelle quitte à vous articuler après avec d'autres et à faire des choses avec d'autres *et cætera* mais fondez cette identité-là pour faire avancer les choses et être légitimes et donner une identité à ce truc-là. »

Toujours sous l'impulsion des trois travailleurs sociaux du Samu Social 69, d'autres professionnels d'équipes mobiles, de centres d'hébergement, d'accueils de jour, se réunissent lors de réunions, après leur travail. Ces temps d'échanges constituent des espaces d'accomplissement d'une réflexivité collective. Il y est question des stratégies à adopter pour que le principe de continuité soit enfin appliqué dans les centres d'hébergement et des formes que doit prendre la mobilisation. Le 22 décembre 2009, au cours d'une réunion à laquelle participent des représentants du collectif de professionnels, le préfet annonce l'ouverture de places d'hébergement supplémentaires et l'application du principe de continuité. Cependant, l'absence d'annonce publique concernant ces mesures ne rassure pas les professionnels mobilisés qui décident de poursuivre leur action, comme en atteste cet extrait d'une lettre adressée au préfet quelques jours après la réunion :

> « Nous nous étonnons que les annonces orales faites lors de la réunion du 22 décembre n'aient pas été rendues publiques. Nous ne pouvons, de ce fait, nous en satisfaire, sans élément concret venant les valider. Nous nous voyons donc contraints de nous engager, en tant que professionnels, dans un mouvement de mobilisation, et ce, jusqu'à ce que l'article 73 de la loi MOLLE[274] soit réellement appliqué et qu'un engagement écrit ainsi qu'un calendrier soient établis quant à la création des deux

[274] La loi Molle, loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions, a été votée le 25 mars 2009. L'article 73 de cette loi reprend l'article 4 de la loi DALO sur le principe de continuité : « Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation » (consulté sur le site Legifrance le 27 février 2020 : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B072A1241B8200AF3189F45561CB951.tplgfr28s_1?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020459026&dateTexte=20180718&categorieLien=id#LEGIARTI000020459026).

> nouveaux centres d'hébergement d'urgence que nous demandons. Comme annoncé dans la pétition, nous inviterons aussi, dès le début de l'année 2010, les personnes concernées à faire valoir leurs droits.[275] »

Le choix d'une grève des professionnels de l'urgence sociale, évoquée dès le début de la mobilisation[276], est définitivement adopté. Elle s'accompagnera d'une manifestation devant la Préfecture. Là encore, les professionnels de l'urgence sociale, novices dans l'organisation d'un tel évènement, bénéficient de conseils extérieurs :

> AMELIE : Après, il y avait tout à faire d'un point de vue logistique. Par exemple quand tu fais une grève, enfin tu peux le faire sans, mais une manifestation il faut que tu demandes une autorisation d'occupation de l'espace public. Mais ça c'était un chantier parce que par exemple, comment on fait pour demander une autorisation d'occupation d'espace public, trouver le formulaire, comment on signe, quels sont les enjeux, *et cætera*. Ça je me souviens, c'est lors de la réunion avec les syndicats qu'ils nous ont expliqué tout ça, donc qu'il fallait déposer la demande en main propre, que si on n'a pas de réponse ça veut dire que c'est bon. En gros, il y a trois personnes qui signent, personnes morales ou privées, et s'il se passe un truc c'est pour toi. Donc tu prends des risques quand même. Donc nous on avait peur de prendre ces risques-là en disant : « On n'a jamais fait ça », du coup c'est les syndicats qui ont dit, « nous on peut faire un nom, mais trouvez-en deux autres ». Et les enfants de Don Quichotte nous ont dit : « Mais il faut prendre les gens intouchables, entre guillemets », d'où l'idée que ce soit Furtos[277], que l'un de nous connaissait parce qu'il travaillait avec l'Orspere. Et Nathalie Perrin[278] […]. Elle a été sympa, elle ne nous connaissait ni d'Eve ni d'Adam, elle nous a reçus, on lui a expliqué tout le truc et du coup elle a accepté.

En s'engageant, les professionnels se forment, se familiarisent avec les rouages de la mobilisation, apprennent les règles qui encadrent une manifestation sur la place publique mais aussi ses codes implicites. Leurs « compétences politiques » (Mathieu, 2004) se développent dans le cadre de la mobilisation. La grève se déroule le 28 janvier 2010 et s'accompagne d'une mobilisation devant la préfecture.

[275] Courrier adressé à M. le Préfet Vuibert le 27 décembre 2009.
[276] Le compte rendu de la première réunion entre les professionnels mentionne : « Quand des professionnels ne peuvent plus faire leur travail car les outils ou les réponses à apportées sont impossible, il y a la grève qui est un droit pour tous les salariés » (CR réunion du 30 novembre 2009).
[277] Jean Furtos, que j'ai déjà évoqué, est un psychiatre lyonnais, cofondateur de l'Orspere en 1995.
[278] Nathalie Perrin-Gilbert est maire du 1er arrondissement de Lyon depuis 2001. D'abord membre du Partie Socialiste, elle en est exclue en 2014. Cette année-là, elle est réélue une troisième fois maire du 1er arrondissement sur une liste rassemblant des citoyens, le Gram (Groupe de réflexion et d'actions métropolitaines, association qu'elle a co-fondée en 2012) et le Front de gauche.

Appel à la grève et à manifestation du 28 janvier 2010

RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ENGAGÉS
AUPRÈS DES PERSONNES SDF

PLUS DE 3 500 SIGNATURES À LA PÉTITION POUR

UN RÉEL ENGAGEMENT EN FAVEUR DES PERSONNES SDF...
ET AUCUNE RÉPONSE SATISFAISANTE

APPEL A LA GREVE MANIFESTATION

Jeudi 28 janvier 2010

A 14h - DEVANT LA PREFECTURE (3ème arr.)

PARCE QUE LES POUVOIRS PUBLICS **NE REPONDENT PAS** À NOS DEMANDES

CONTRE LE **MANQUE DE PLACES** DANS LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENTS

CONTRE LE PRINCIPE DES **PLACES TOURNANTES**

POUR LA **CREATION DE PLACES D'HEBERGEMENTS** SUPPLÉMENTAIRES

POUR LE **RESPECT DE LA LOI** : « TOUTE PERSONNE ACCUEILLIE DANS UNE STRUCTURE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE DOIT POUVOIR (...) Y DEMEURER DÈS LORS QU'ELLE LE SOUHAITE JUSQU'À CE QU'UNE ORIENTATION LUI SOIT PROPOSÉE ». ARTICLE 73 LOI MOBILISATION POUR LE LOGEMENT ET DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION.

POUR EXERCER LES MISSIONS QUI SONT CONFIÉES AUX PROFESSIONNELS AVEC DES **MOYENS RÉELS ET SUFFISANTS**

TOUS CEUX QUI SOUHAITENT NOUS REJOINDRE SONT LES BIENVENUS !!!

AU-DELÀ DE LA SYMBOLIQUE, POUR RENDRE CE MOUVEMENT VISIBLE, QUE TOUS CEUX QUI LE PEUVENT, VIENNENT MANIFESTER AVEC UNE **COUVERTURE DE SURVIE**

Environ 200 personnes se réunissent devant la préfecture pour cette première grève des professionnels de l'urgence sociale[279]. Des sans-abri participent également au rassemblement. Des personnes prennent la parole en public pour exprimer leurs points de vue et partager leurs expériences, comme l'illustre ce témoignage d'une professionnelle du 115 lu par une autre personne par souci d'anonymat :

> « Parce qu'elles refusent l'insalubrité d'un hôtel miteux dont personne ne veut, et la précarité d'un lendemain sans promesse d'hébergement, ces femmes, ces hommes et ces enfants vivent dans la peur et l'angoisse. Un toit au-dessus de soi, c'est la possibilité de se construire, et d'envisager l'avenir. Quand tout repose sur une réponse du 115, quelles responsabilités nous laissez-vous ? Positionner une famille dans un foyer, aujourd'hui, à Lyon, c'est en mettre une autre dehors, dans la rue. Qui sommes-nous pour choisir du destin d'humains ? Parce que tous les jours, au 115, ce sont bien des humains qui nous font appel, qui nous demandent de l'aide. Vous traitez en termes de budget, de nombre de places dans les foyers. Nous répercutons vos décisions sur des vies humaines. La rue tue. Notre seul problème est de traiter avec nos consciences, pour rentrer chez nous avec l'impression d'avoir bien choisi, alors qu'on connaît le nombre d'enfants dans la rue pour la nuit… Depuis le temps que le système de l'urgence existe, il s'est inscrit dans le fonctionnement de notre société. Il est en fait devenu un rouage du système, et y participe. Il est temps de redonner de la valeur à cette urgence, et d'y apporter des réponses de fond. Je voudrais demain me réveiller sans cette appréhension de la journée au 115, du nombre de fois où je vais devoir annoncer à la personne que je n'ai pas de place à lui proposer, parce que les foyers sont saturés. Et penser aux conséquences de ce manque de place dans la vie de ces gens… Il n'y a rien de plus dur, dans la vie d'un travailleur social, que de mettre quelqu'un dans la difficulté, et de ne pas pouvoir alléger le poids de son quotidien… »

Ce témoignage rend bien compte de ce qu'est cette grève. Certes, le témoignage parle d'expériences vécues, un « je » s'exprime mais par la voix d'un autre. Et le « je » est aussi un « nous », nous les travailleurs sociaux du 115 et de l'urgence sociale. Et, dans la dernière phrase, le « je » et le « nous » s'effacent derrière « la vie d'un travailleur social ». Ancrée dans des épreuves, la mobilisation opère aussi une « montée en généralité » (Boltanski & Thévenot, 1991) qui est une « politisation » entendue comme « tout effort fourni par les acteurs en vue de dépersonnaliser et de dépsychologiser leur situation personnelle » (Lemieux, 2018, p.51). Elle s'opère par un discours de défense des professionnels *et* des sans-abri, qui pointe les limites de l'urgence sociale : limites en termes de place mais aussi et surtout limites au regard d'une non-application des règles légales censées régir cette action publique. En parallèle de la manifestation, une partie des professionnels est reçue par le chef

[279] « Grève historique pour les sans-abri », Lyon Capitale, 28 janvier 2010 : https://www.lyoncapitale.fr/actualite/greve-historique-pour-les-sans-abri/

de cabinet du Préfet. Cette réunion n'apporte aucune réponse aux demandes des professionnels et renforce leur mécontentement, comme en atteste ce communiqué de presse rédigé le soir-même :

> « Une délégation a été reçue à la préfecture par M. Hénin, chef de cabinet du Préfet Vuibert. Aucune réponse satisfaisante n'a été apportée aux demandes formulées. L'article 73 de la loi MOLLE ne sera toujours pas appliqué dans le département. M. Hénin s'est simplement engagé à transmettre les revendications du réseau. Nous nous sommes sentis méprisés d'avoir été reçu par un chef de cabinet, sans pouvoir décisionnaire, alors que nous sollicitions le préfet, afin que des solutions puissent être apportées à cette crise.[280] »

Pourtant, à la surprise générale, le lendemain de la journée de grève, le directeur de la DDCS envoie un mail au 115 demandant : 1) que toutes les personnes soient mises à l'abri, avec une hausse des nuitées d'hôtels ; 2) de stopper le procédé de rotation des places. Ces mesures sont demandées pour 15 jours. Néanmoins, aucun retour en arrière ne sera effectué quant à l'arrêt du *turnover* et, de fait, le principe de continuité de l'hébergement sera en partie appliqué[281]. Cette application entraine une redéfinition des pratiques professionnelles et repose la question de l'accès aux soins dans les institutions d'hébergement.

c/ Des « soins à domicile » pour les sans-abri hébergés

Une première conséquence de la fin de cette « rotation des places » se manifeste pour les publics dits « fragiles », c'est-à-dire les personnes sans abri qui n'arrivent pas à s'inscrire durablement dans un hébergement et alternent des nuits en institution et des nuits dans l'espace public. Au cours de mon enquête, j'ai rencontré plusieurs personnes qui, après des mois ou des années de vie à la rue, avaient du mal à dormir chaque nuit entre quatre murs. Je pense à Yasmina, âgée d'une quarantaine d'années et qui a passé une année à la rue, qui, alors qu'elle était hébergée dans un foyer Adoma, retournait régulièrement dormir au centre commercial de la Part-Dieu où elle avait ses habitudes et où elle était tolérée par les vigiles. Je pense également à Monsieur Lémaud, accueilli à la Villa d'Hestia pour soigner son cancer,

[280] « Communiqué de presse du 29 janvier 2010 », Collectif des professionnels de l'urgence sociale.

[281] À la fin du Plan Froid, la fermeture de centres d'hébergement temporaires, ouverts pour l'hiver, entraîne une remise à la rue de personnes sans abri. Dès 2010, à Lyon, certaines d'entre elles sont accompagnées par des professionnels du collectif pour faire valoir leur droit à la continuité de l'hébergement, en déposant des recours en référé devant le tribunal administratif (TA). Le 1er mai 2010, le TA a contraint pour la première fois le Préfet à ré-héberger dans les trois jours une femme arménienne à la rue depuis un mois, faisant ainsi jurisprudence pour d'autres situations. La mobilisation des professionnels prend ainsi d'autres formes et s'ouvre à de nouvelles scènes, notamment judiciaires.

qui a passé plusieurs années à dormir dans l'espace public, qui n'arrivait pas à dormir dans sa chambre et fut autorisé à dormir dehors, dans son duvet, toujours à l'intérieur de l'institution mais sous les coursives qui longent le bâtiment. Comme l'explique Amélie, ce type de situations conduit les professionnels du Samu Social 69 à devoir repenser rapidement le statut des places d'hébergement qu'ils gèrent :

> AMELIE : [L'application du principe de continuité] fait qu'en une semaine il y a plein de gens fragiles qui ont perdu leurs places qui étaient occupées de manière pérenne par d'autres. Ce qui fait que ça a été bizarre dans les faits, d'un coup les gens qui étaient dedans ils allaient plus jamais ressortir, enfin « plus jamais ressortir »… Ils ressortaient plus. Et ça a créé un truc où nous-mêmes au Samu on a fait « fiouu » parce que les gens quand ils ne rentraient pas une nuit ou deux nuits ils perdaient leurs places.
>
> GABRIEL : Et ils ne pouvaient plus…
>
> AMELIE : Ils ne pouvaient plus y accéder non. Nous depuis le Samu, mais cette fois à une place professionnelle, on a décidé que nos places, ce serait plus des places de mise à l'abri, où il y aurait une beaucoup plus grande souplesse que sur d'autres places de stabilisation. Mais il a fallu qu'on réfléchisse vite à l'impact que ça pouvait créer, c'est-à-dire que la continuité ça mettait à mal les publics les plus fragiles parce qu'on était en passe d'arriver là. On s'était battu pour un principe mais ce qu'on avait imaginé, que ça permettrait aux gens de travailler un projet social et de sortir, mais après concrètement quand d'un coup ça se fige, on n'avait pas réfléchi à ça. En une semaine il a fallu se réadapter sur la vocation des places Samu Social, parce qu'il y avait des gens qu'on connaissait, on savait qu'ils allaient perdre leur place. Donc je pense qu'on a été convoqué à être les premiers à se réorganiser dans l'urgence en fait.

Les professionnels mobilisés pour l'application du principe de continuité n'avaient pas anticipé tous les effets de sa mise en œuvre. Le Samu Social 69 a dû redéfinir la vocation de la trentaine de places d'hébergement qu'il gère dans plusieurs établissements de l'agglomération. Ces places ont gardé une certaine souplesse afin que les personnes ne soient pas définitivement remises à la rue quand elles n'y passent pas une nuit ou deux. Au-delà de cet effet quasi-instantané, l'application du principe de continuité a eu des conséquences à plus long terme sur l'accès aux soins des personnes sans abri hébergées. D'une part, les personnes restant plus longtemps en hébergement, la limitation du *turnover* a permis aux professionnels de mieux repérer les problématiques de santé, de savoir si des sans-abri avaient un traitement médical ou non et d'être plus sensibles aux évolutions de l'état de santé des personnes. Leur souci pour l'état de santé et l'accès aux soins des hébergés est favorisé par ce nouveau contexte. D'une certaine manière, le travail de cadrage des personnes sans abri accompli par les professionnels des centres d'hébergement s'affinent et se précisent avec l'allongement des

durées de séjour. En rencontrant plus souvent les personnes sans abri, les professionnels arrivent à mieux les connaître et à mieux saisir leurs *singularités*, notamment du point de vue sanitaire. D'autre part, le temps long permet de faire appel à des professionnels soignants et d'accompagner les personnes aux soins. Les personnes restant plus longtemps dans l'institution, un nouveau réseau d'acteurs peut se tisser autour d'elles. Amélie résume ces deux dimensions :

> AMELIE : Petit à petit je me dis qu'il y a des choses qui ont pu se mettre en place dans les centres d'hébergement qui n'étaient pas possible avant au niveau de la santé. Je pense à Cléberg[282], avec les passages infirmiers par exemple. Quand t'es trois jours dehors, trois jours dedans, tu ne fais pas des passages infirmiers. Du coup ça permet de mieux prendre en charge des personnes, tu vois, à la fois pour les prises de traitements. Ça fait moins porter aux éducateurs ces questions-là. C'est pareil pour la douche, des aides à la douche. À Cléberg il y avait aussi des AVS [*Auxiliaires de vie sociale*], donc là on est sur la santé au sens large mais pour moi ça fait un peu partie de la santé. Et du coup je pense que ça a permis vraiment de travailler pour les gens qui étaient hébergés l'accès au droit commun en matière de santé, réellement, chose qui était impossible. Tu vois tu perds tes traitements à la rue, t'as besoin d'aides à la douche... […] Ça a permis cet accès à l'hygiène, cet accès aux soins pour ceux qui étaient hébergés, qui n'était pas possible sans continuité. Et du coup, par voie de conséquence [cela a] un peu recentrer les éducateurs sur la dimension sociale et du quotidien. Mais tout ça, ça a pris du temps parce que le temps de réaliser que c'était possible, que t'es plus que dans le gite et le couvert, que tu vas un peu creuser les situations, parce que ça demande de creuser, savoir si le gars a une ordonnance. Tout ça quand tu sais que t'as pas les moyens de le faire, tu ne le creuses même pas. Donc du coup, à la fois investir cette dimension de santé de manière pleine et entière et après trouver les trucs avec le droit commun. Après, l'Équipe Mobile et Interface étaient très présents en centre d'hébergement. Ouais je pense que ça a permis une régularité. Avant les gens tu sais où ils sont pendant trois jours et après tu ne sais plus où les retrouver parce que si c'est quelqu'un qui n'a pas forcément beaucoup d'habitudes de rue, ben voilà, à ta permanence tu rencontres quelqu'un et puis après pff tu ne sais pas où tu vas le retrouver. Tu demandes au Samu « vous le connaissez », « non on ne le connait pas ». Ben voilà, paf, c'est perdu. Donc je pense que ça a vraiment permis une meilleure prise en charge au niveau de la santé de manière… parce que plus le temps de creuser et plus le temps d'étayer des personnes comme il faut les étayer. Mais bon c'est vachement une évidence ce que je te raconte là. Ça ne pouvait pas être autrement.

En évoquant les possibilités qu'ouvre l'application du principe de continuité en termes d'accès aux soins, Amélie introduit de nouveaux acteurs qui n'étaient peu ou pas présents dans les institutions d'hébergement : les infirmiers libéraux et les auxiliaires de vie sociale. Ces acteurs s'ajoutent aux professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et d'Interface SDF, déjà présents. Mais ils s'en distinguent sur une dimension importante : ce ne

[282] Un centre d'hébergement lyonnais.

sont pas des professionnels dédiés au sans-abrisme, ils relèvent du « droit commun ». Des professionnels du monde médical pénètrent dans une institution du monde de l'assistance. Dans le chapitre 2 nous avons vu l'émergence de dispositifs dédiés au sein d'une institution de « droit commun », l'hôpital. Ici apparaît un nouveau type d'imbrication : dans une institution dédiée (les centres d'hébergement) sont mis en place des dispositifs de soin dits de « droit commun », comme me l'explique, au cours d'une discussion informelle, Karine, une assistante sociale d'un CHRS qui n'a pas de professionnels de santé salariés : « Une fois que les personnes sont placées, si elles ont un hébergement elles relèvent du droit commun. Donc effectivement là c'est faire le lien avec tous les acteurs : infirmiers libéraux, médecins traitants, tout ça pour l'accès au droit commun. » La prise en charge soignante des sans-abri hébergés engage la création d'un réseau de partenaires dans un environnement localisé : recherche d'un médecin traitant, d'infirmiers libéraux, d'une pharmacie ou d'un laboratoire d'analyses à proximité de l'établissement. C'est ce que nous verrons dans la suite de cette section 2.

Avec la fin ou la limitation du *turnover*, les centres d'hébergement s'ouvrent à de nouveaux professionnels qui ne sont pas des spécialistes du sans-abrisme. Leur arrivée soulève alors une question majeure quant au statut de ces institutions. Sur ce point, lisons avec attention les propos de la cadre de santé de la Villa d'Hestia qui m'explique quel est le public ciblé par les Lits Halte Soins Santé et, par prolongement, la manière dont est envisagé l'accès aux soins dans les centres d'hébergement :

> CADRE DE SANTE : « *À partir du moment où la personne a un domicile, la Villa n'intervient pas. C'est la mission. Alors, même si elle a un hébergement qui n'est pas stable c'est considéré comme retour à domicile, donc les soins sont faits*… Nous, normalement, ce sont les personnes qui n'ont vraiment pas… qui sont dans la rue. À partir du moment où la personne a un toit... bon on se rend compte, il y a beau avoir un toit, il y a beau avoir une équipe, le soin est compliqué parce que la personne n'adhère pas, parce qu'il faut aller lui courir après, on ne va pas mettre une infirmière libérale parce que l'infirmière libérale ne le voit jamais, qu'il y a des problèmes d'alcool… Mais c'est vrai que normalement nous c'est la rue. Ce sont vraiment les personnes… ou les personnes qui sortent d'hôpital et pour qui il n'y a pas de solution derrière, il n'y a pas de solution d'hébergement. Ce n'est pas qu'elle soit précaire, *c'est qu'elle a besoin de soins comme des soins à domicile et qu'elle n'a pas de domicile* » (je souligne).

Les propos de la cadre de santé de la Villa d'Hestia introduise une nouvelle catégorie, encore non discutée dans cette thèse, celle de « domicile ». Il n'est pas étonnant que cette catégorie apparaisse chez une professionnelle des Lits Halte Soins Santé (LHSS). En effet, ce dispositif

a pour finalité « de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensées à *leur domicile* si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies[283] » (je souligne). Pour la cadre de santé de la Villa d'Hestia, les LHSS s'adressent aux personnes qui n'ont pas de « domicile » c'est-à-dire, dans son raisonnement, celles qui vivent dans l'espace public. Le centre d'hébergement, quant à lui, est pensé comme un « domicile » au sens où des soins peuvent s'accomplir avec, par exemple, des passages d'infirmiers libéraux ou d'AVS, cités précédemment par Amélie. Dans cette perspective le centre d'hébergement devient pour la personne sans domicile son « domicile », non pas car elle y serait « domiciliée » administrativement, mais au sens où il ouvre sur des services d'aides et de soins « à domicile » inaccessibles à une personne vivant dans l'espace public. Le paradoxe est grand : voici les personnes sans abri hébergées dans des institutions d'hébergement qui, dans le cadre des soins, peuvent s'apparenter à des « domiciles ». Pourtant, ce « domicile » reste fragile, précaire. Certes, les durées de séjour sont plus longues mais elles ne sont pas indéfinies ; elles restent temporaires. Les personnes sans abri n'ont toujours pas vocation à s'installer indéfiniment dans ces lieux, si tentées qu'elles le souhaitent. Ils ne représentent encore qu'une étape dans un parcours de « sortie de la rue ». Néanmoins, rapprocher les situations d'hébergement du « domicile » m'amène à soulever la question d'un « droit à habiter », une proposition ainsi formulée par Édouard Gardella :

> « En prolongeant cette nouvelle orientation normative du secteur, cependant encore minoritaire, et en prenant acte de situations concrètes de personnes restant hébergées pendant des années voir des décennies, il est possible d'esquisser un nouveau droit inconditionnel à habiter. En effet, les leçons tirées des effets non voulus et négatifs du fonctionnement en turnover de l'urgence sociale conduisent à légitimer l'idée selon laquelle une personne démunie peut rester dans un même habitat d'assistance aussi longtemps qu'elle en a besoin. Ce qui signifie qu'elle peut légitimement s'y installer, arranger des objets pour aménager l'espace où elle dort, avoir des comportements réguliers qu'elle peut prévoir tout en ressentant un sentiment d'aisance. Autrement dit, si on prolonge quelque peu ces nouvelles règles, les personnes démunies peuvent légitimement habiter dans les habitats d'assistance » (Gardella, 2016, p.93)

Habiter l'institution d'hébergement c'est « prendre place » (Maurin, 2015), c'est se familiariser avec un environnement et s'y sentir à l'aise (Breviglieri, 2006) au point de se rapprocher d'un sentiment de « chez soi » (Pichon (dir.), 2010 ; Pichon, 2019). Pour les personnes sans abri, habiter c'est avoir des devoirs mais c'est aussi avoir des droits et pouvoir

283 Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)

prétendre à *certaines choses*, en l'occurrence à certains services en ce qui concerne l'accès aux soins. En *habitant l'institution*, leurs *capacités à agir sur les soins* s'élargissent : de nouveaux possibles s'ouvrent aux « patients » parce qu'ils sont aussi des « habitants ». Le droit à habiter tel que le formule Édouard Gardella serait également un droit à la santé et à l'accès aux soins. Repensons à Monsieur Claude. Dans le chapitre 2, je suis revenu sur l'une de ses consultations médicales chez une médecin infectiologue. Après avoir examiné ses pieds, elle préconise l'application de vaseline salicylée. Cependant, le « maniement n'est pas très facile » et elle considère qu'il serait préférable que quelqu'un le lui fasse. L'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital l'informe que dans le centre d'hébergement où il habite, des infirmiers libéraux peuvent passer. Elle prescrit donc des passages infirmiers quotidiennement, en soirée. Ici, la capacité à agir sur les soins est aussi une *capacité à recevoir des soins*, rendue possible par le fonctionnement de l'institution d'hébergement. Mais si la fin ou la limitation du *turnover* est nécessaire pour recevoir ces « soins à domicile », elle n'est pas suffisante. Encore faut-il que les professionnels créent un collectif de professionnels de santé dans l'environnement proche – les rues adjacentes et le quartier – qui pourront être sollicités et intervenir dans l'institution en étant prêts à s'adapter à certaines situations – par exemple le paiement différé en raison de l'absence de droits de santé ouverts. Et, comme nous allons maintenant le voir, les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital occupent une place importante dans ce travail.

2/ Le travail d'articulation des tiers-infirmiers (II)

Retrouvons les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Nous les avions laissés, dans le chapitre 2, lors des consultations médicales où ils accompagnaient les personnes sans abri. Comme nous l'avions vu, lors de ces rencontres avec les médecins, les infirmiers endossaient un rôle de tiers, porte-parole de divers acteurs, qui permettait d'apporter de multiples informations relatives aux *singularités* des patients et à leurs *capacités à agir sur les soins*. Ces informations, les infirmiers les glanent en circulant dans les institutions de l'urgence sociale. En miroir de ce qu'ils font dans le monde médical, ils accomplissent aussi un travail d'articulation dans le monde de l'assistance. Celui-là porte sur un décodage du langage médical (a), un recadrage médical des situations jugées problématiques (b) et la création d'un réseau situé de professionnels de santé (c). Ces pratiques contribuent à faire émerger un *environnement soignant*, un environnement dans

lequel les personnes sans abri hébergées et les professionnels d'un centre d'hébergement se familiarisent aux questions médicales tout en pouvant s'appuyer sur des acteurs extérieurs à l'institution pour accéder aux soins.

a/ Décoder le langage médical

Dans le chapitre précédent, nous avons vu comment les tiers-infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital *recodaient* pour les médecins les situations des patients sans abri en un langage médical et technique. Dans les institutions d'hébergement, ils accomplissent le cheminement inverse : ils aident à *décoder* des informations *codées*, à expliquer dans un langage courant des termes spécialisés. Il s'agit de traduire le langage employé dans le monde médical en des termes accessibles et compréhensibles dans le monde de l'assistance. Il arrive ainsi régulièrement que les infirmiers présents dans les centres d'hébergement soient interpellés pour définir certains mots, comme l'illustre la situation suivante. Nous sommes le 20 novembre 2013. Avec Ilyan, l'infirmier, nous nous rendons au centre d'hébergement Riboud, pour rencontrer un hébergé atteint d'un cancer. Un travailleur social présent à l'accueil nous informe qu'il est sorti faire des courses et qu'il ne devrait pas tarder à revenir. Ilyan décide de l'attendre. Nous nous installons sur des chaises dans le hall d'entrée, près d'une machine à café, et patientons. Après quelques minutes, le travailleur social qui était à l'accueil interpelle « Ilyan, le soignant ». Il est accompagné d'un homme qu'il présente comme un « hébergé ». L'infirmier ne le connait pas. L'homme a un gros dictionnaire à la couverture usée entre les mains. Le professionnel explique à Ilyan : « Il cherche à comprendre la définition du terme "atrophié". Tu es plus à même que moi pour lui répondre. » L'hébergé enchaîne et précise que c'est un médecin qui a employé ce terme en parlant de son cerveau. L'infirmier l'informe que « ça peut vouloir dire tout et n'importe quoi. Ça a plein de sens, il faut remettre dans votre contexte. Il y a l'idée d'un rétrécissement de quelque chose ». L'hébergé me paraît inquiet. Ilyan doit ressentir la même chose car il se presse d'ajouter : « Ça peut renvoyer à quelque chose de sérieux ou d'anodin. » L'homme nous dit : « La définition que j'ai vue hier ne me plaisait pas ! » Il ne nous en dit pas plus, ne précise pas si elle se distingue de celle que vient de lui donner l'infirmier. Il ajoute qu'il aurait dû demander au médecin sur le moment mais qu'il n'a pas « osé ». Selon Sylvie Fainzang, c'est un type de comportement relativement commun : « Bien que souvent peu satisfaits par l'information reçue, en particulier sur le plan du diagnostic, les patients n'osent cependant pas

poser de questions à leurs médecins. Cette attitude n'est pas le fait exclusif des patients issus des catégories populaires, même s'il se vérifie davantage dans ces milieux » (Fainzang, 2006, p.81). L'homme remercie l'infirmier et s'en va. Nous n'en saurons pas plus sur sa situation et, durant ma période d'enquête, aucun professionnel de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital ne sera amené à accompagner cette personne.

Dans d'autres cas, ce ne sont pas les personnes sans abri mais les travailleurs sociaux qui cherchent à comprendre des termes utilisés par des personnes sans abri qu'ils accompagnent. Nous sommes le 27 mars 2014. Un professionnel du Samu Social 69 a sollicité l'infirmière de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital pour rencontrer un homme qu'il suit et qui est actuellement hébergé. En arrivant dans l'établissement, nous nous rendons dans le bureau pour saluer les travailleurs sociaux de la structure. Ils sont deux, devant un ordinateur. Dès l'entrée de Fabienne, ils la sollicitent : « Salut Fabienne ! Tu tombes bien, on a besoin de toi ! » Ils lui demandent si elle connaît le terme de « monélose ». Surprise, elle leur demande de répéter le mot, leur dit qu'elle n'a jamais entendu ce terme et leur demande sa signification. Ils nous expliquent qu'ils sont justement en train de chercher sur internet mais qu'ils ne trouvent rien : « C'est un nouvel hébergé qui vient d'arriver, il nous a dit qu'il souffrait d'une monélose. Mais il n'a pas trop su nous expliquer. Il nous a dit que ça venait de tuyaux, de canalisation mais on n'a pas trop compris ». Le terme de « canalisation » opère comme déclic chez Fabienne qui sourit et leur dit : « Il a sûrement voulu vous parler de *légionellose.* » La description faite de la maladie par les travailleurs sociaux et la similitude phonétique de la dernière syllabe permet à l'infirmière de corriger le terme utilisé. Elle leur explique très rapidement que c'est une maladie due à des bactéries qui se forment dans les canalisations d'eau.

L'intervention de Fabienne, comme celle d'Ilyan précédemment, permettent de partager des « ressources rares » : « 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 » (Schlegel, 2019, p.576). Cette mise en commun peut permettre d'éviter et de résoudre certains « malentendus » (Fainzang, 2006 ; Coulomb, 2018) qui se forment en raison du vocabulaire utilisé : « Au cœur de ces malentendus, résident des problèmes de langage en partie – mais en partie seulement – liés à un maniement de la langue différent selon les niveaux socioculturels des protagonistes, ou à l'usage par l'un d'un jargon médical méconnu de l'autre » (Fainzang, 2006, p.134). Les

travailleurs sociaux ou les hébergés ne sollicitent pas directement les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital pour définir des termes problématiques. Comme l'illustrent les deux situations précédentes, ils commencent d'abord par chercher des réponses ailleurs, par eux-mêmes, dans des dictionnaires ou sur internet qui constitue une ressource d'informations susceptibles de reconfigurer la relation de soins (Akrich & Méadel, 2009). C'est la présence des infirmiers dans les institutions d'hébergement qui crée l'occasion de les interroger, elle favorise leurs sollicitations ; ils constituent des « prises » (Gibson, 2014 [1979]), mouvantes dans l'environnement, dont les personnes sans abri et les travailleurs sociaux peuvent se saisir. La récurrence de ces échanges permet à ces derniers de décoder le vocabulaire technique et expert mais aussi de se familiariser avec ce langage. Comme l'écrit Vianney Schlegel, « 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 » (Schlegel, 2019, p.579). Cependant, cette familiarisation des travailleurs sociaux à un langage et à des pratiques relevant du monde médical, qui s'opère à travers la répétition des interactions avec les infirmiers, reste partielle comme nous allons le voir.

b/ Recadrer les situations problématiques, rassurer les travailleurs sociaux

Les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital interviennent sur sollicitation de leurs partenaires, généralement des travailleurs sociaux. Ces derniers les contactent quand ils sont confrontés à des situations pour lesquelles ils éprouvent des difficultés et pour lesquelles ils ont déjà essayé d'apporter des réponses mais sans succès. Cette interpellation ouvre sur une première rencontre qui peut déboucher sur un accompagnement vers le monde médical, comme on l'a vu dans le chapitre 2. D'autres fois, les professionnels de l'Équipe Mobile opèrent un recadrage de la situation : là où les travailleurs sociaux estimaient leur intervention nécessaire, eux ne la considèrent pas utile car la personne sans abri est déjà engagée dans un processus de soin et ils ne peuvent pas apporter grand-chose de plus. Il n'y a donc pas de suites données à la première rencontre, comme dans le cas de Madame Hekian. Nous sommes le 7 novembre 2013. Je me rends avec Pascale, la médecin, et Fabienne, l'infirmière de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, au CHRS Point Nuit, un centre d'hébergement réservé aux femmes seules. Il y a deux jours, la

médecin a reçu un appel d'une travailleuse sociale de Point Nuit annonçant que Madame Hekian allait très mal et « qu'elle serait mourante ». Personne, au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital n'a encore jamais rencontré cette personne. La médecin ne s'emballe pas. Selon elle, la personne qui a appelé a tendance à « vite dramatiser » et, si elle était réellement mourante, ce n'est pas eux qu'il aurait fallu appeler mais les pompiers ou le Samu. C'est d'ailleurs un point souvent mentionné par les professionnels de l'équipe lorsqu'ils présentent leur travail : ils n'interviennent jamais en urgence. Après un court échange avec deux travailleuses sociales à l'accueil, nous montons au premier étage où se trouve la chambre de Madame Hekian. Pascale frappe à la porte. Une voix l'autorise à entrer. Toujours les mêmes rituels d'ouverture de l'interaction : la médecin serre la main à la dame assise sur son lit, se présente, explique qu'elle a été sollicitée par l'équipe du centre d'hébergement et demande si ses « collègues peuvent entrer », en tournant la tête vers Fabienne et moi qui attendons à la porte. Elle accepte. À notre tour, nous lui serrons la main. Elle nous invite, par un geste, à prendre des chaises et à nous asseoir. Quant à elle, elle reste assise sur le lit défait. Madame Hekian est âgée d'une cinquantaine d'années et a une cirrhose contractée à la suite d'une hépatite B. D'un coup d'œil, la médecin commence son diagnostic (Cefaï & Gardella, 2011, p.152) qu'elle annonce à voix haute : « Vous êtes un peu jaune mais ça va… Le ventre n'a pas l'air trop gonflé. » Elle lui demande si elle est allée à l'hôpital. Madame Hekian répond « oui ». Elle comprend un peu le français mais ne le parle pas vraiment comme nous l'avaient indiqué les deux travailleuses sociales en amont. Comme lors de la consultation médicale avec Stanislas, analysée dans le chapitre 2, le fait que la personne ne soit pas francophone limite les échanges. Madame Hékian se lève pour aller prendre dans son placard, fermé par un cadenas, un classeur bleu rangé dans un sac. Elle tourne les pages et en indique une à la médecin qui contient un document de sa dernière hospitalisation. Elle se rassoit face à nous. Pascale demande si elle peut feuilleter le classeur. Elle lui demande d'où elle vient. Madame Hekian répond : « Moi Azerbaïdjan. Après Russie, dormir dans une caravane et après France. » Elle nous apprend qu'elle a quatre enfants – trois garçons et une fille, la plus jeune, âgée de 25 ans – qui sont encore en Russie où ils auraient des « problèmes ». Elle n'a pas de famille en France. Elle mentionne seulement « une amie qui parle russe », une proche qui lui sert d'interprète lors de certaines consultations médicales (Pian, 2014). Au cours de l'échange, les regards de Pascale et Fabienne naviguent, elles observent l'aménagement, les objets constituent des indices qui ouvrent sur de nouvelles questions et alimentent la conversation. Sur une table près de son lit, il y a des boites de

médicaments. La médecin demande si elle peut regarder. Madame Hekian lui répond oui en faisant un signe de la tête. Elle note la présence d'une boite de Laroxyl®, un antidépresseur. Elle lui demande : « Comment ça va le moral ? », en pointant son index vers sa tête. Madame Hekian secoue la tête et fait un signe de la main droite ; on comprend que ça ne va pas. Elle verse quelques larmes. Un silence de plusieurs secondes s'ensuit. Elle s'essuie les yeux avec un mouchoir en papier. Pascale essaye d'en savoir plus sur sa pathologie, elle tente de retracer son histoire : « Ça a commencé quand les problèmes au ventre ? En Russie ? » Madame Hekian répond : « Oui oui Russie problème. Enfant cinq arrêté, stop. Après problème [*en montrant son ventre*]. » La médecin tente de traduire et de coder ce qui vient de lui être dit pour accomplir son raisonnement (Cicourel, 2002). Elle partage à voix haute ce qu'elle comprend : elle aurait fait une « IVG » – « enfant cinq arrêté, stop » – et que « peut-être ça ne s'est pas très bien passé, elle a peut-être eu une perfusion où elle a chopé l'hépatite ». Fabienne lui répond : « Peut-être. » Ça reste flou, elles n'ont pas suffisamment d'informations pour arrêter leur jugement. Nous restons encore quelques minutes avec Madame Hekian. La médecin rejette un coup d'œil au classeur puis nous partons. À l'accueil, Pascale et Fabienne s'arrêtent pour discuter avec les deux travailleuses sociales. L'une d'elle nous apprend que Madame Hekian a été « violée », en Russie, par des « skinheads ». Pascale regroupe les bribes d'informations obtenues, rassemble les pièces du puzzle pour avoir une vision plus claire de la situation et de l'histoire de Madame Hekian. Elle se demande si elle n'est pas tombée enceinte lors de ce viol, ce qui pourrait expliquer l'avortement durant lequel elle aurait contracté l'hépatite. Le raisonnement suit une certaine logique mais la prudence est de mise et le conditionnel toujours employé. La travailleuse sociale nous informe également qu'elle a rendez-vous à l'hôpital de la Croix-Rousse avec la Dr. Claire Palesse en vue de mettre une « pompe ». Pascale et Fabienne sont surprises, elles se regardent, elles ne comprennent pas de quoi il s'agit. Pascale demande quel type de pompe et pour quoi faire. La travailleuse sociale ne sait pas. Elle demande aux deux membres de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue hôpital si elles pensent qu'il serait envisageable de l'orienter vers les Lits Halte Soins Santé. La médecin pense que oui mais il faudrait d'abord savoir exactement de quoi il est question avec cette « pompe ». Elle se propose donc de contacter directement la Dr. Palesse pour en savoir plus. L'échange de médecin à médecin se fait plus facilement. Elle apprend à Pascale qu'une ponction d'ascite va être réalisée à Madame Hekian. La médecin recontactera par téléphone les travailleuses sociales pour les informer et leur expliquer la procédure. Si la situation semble complexe et difficile pour les professionnelles du centre d'hébergement que

nous avons rencontrées, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital n'ira pas plus loin dans l'accompagnement car Madame Hekian est bien suivie à l'hôpital de la Croix-Rousse et se rend aux consultations. La médecin opère donc un *recadrage* de la situation : ils n'ont pas vocation à intervenir sur cette situation à ce moment-là.

L'accompagnement s'instaure avec des personnes qui ne sont pas encore engagées dans des processus de soins ou avec des personnes qui sont définies comme refusant les soins ou ayant des difficultés à les suivre. Après cette première rencontre, les échanges avec les travailleuses sociales et la médecin de l'hôpital de la Croix-Rousse, Pascale et Fabienne considèrent que ce n'est pas le cas. Certes, le fait que Madame Hekian ne parle pas français rend la situation difficile mais les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital n'ont pas plus de moyens à ce niveau-là[284]. Elles n'iront donc pas plus loin. Cette intervention a néanmoins permis aux professionnelles de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital (d'essayer) de rassurer l'équipe du centre d'hébergement sur le fait que Madame Hekian n'était pas « mourante », comme l'annonçait la travailleuse sociale lors de la sollicitation initiale. C'est un aspect non négligeable de l'action de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Plusieurs travailleurs sociaux m'ont fait part du rôle qu'avaient les professionnels de l'équipe pour les « rassurer ». Rassurer doit se comprendre ici comme un recadrage de la situation qui permet de rétablir un équilibre entre une lecture « dramatisée » ou « banalisée » d'une situation, comme l'exprime ce professionnel du Samu Social 69 :

> MARC : Moi je me souviens d'une situation où il y avait une dame enceinte de 6-7 mois à Carnot [*place accolée à la Gare Perrache*], j'ai un peu banalisé le truc. Elle me parle d'une naissance à venir, elle parle de contractions, elle doit en rajouter, je ne sais pas, j'ai un peu banalisé le truc. Et puis par acquis de conscience quand même j'appelle un peu de partout et notamment à Saint-Jo Saint-Luc et par hasard Ilyan de l'Équipe Mobile était par là. Il me dit : « Là elle te parle de contractions, elle est à sept mois et demi », du coup il a fait office de médecin, ça m'a rassuré. Il m'a dit : « Surtout tu ne l'emmènes pas, tu fais venir les pompiers qui vont l'emmener. » Cet élément-là m'a beaucoup rassuré. J'étais beaucoup moins planté tout seul.

La situation de Madame Hekian et celle relatée par Marc témoignent des difficultés que peuvent avoir les travailleurs sociaux à juger une situation d'un point de vue médical. Les

[284] On retrouve, du côté du monde de l'assistance, les difficultés soulevées dans le monde médical (voir le chapitre 2) quant au fait de ne pas parler la même langue. Cadrer les situations est d'autant plus problématique quand le ressenti du patient n'est pas verbalisé ou peu verbalisé dans une langue non maîtrisée. Le cadrage médical repose largement sur ces éléments discursifs (Cicourel, 2002 [1985]) qui ne sont pas toujours accessibles avec les personnes non francophones. Par ailleurs, comme me le signale un travailleur social exerçant dans un centre d'hébergement non médicalisé, l'équipe ne peut faire appel qu'« exceptionnellement » à un interprète agréé, en raison du coût financier que cela représente.

corps, certains signes physiques et certaines attitudes font l'objet d'une interprétation qui ne concorde pas avec celle des professionnels de santé et, ici, de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Tous ces professionnels n'ont pas les mêmes savoirs, certains ont des savoirs « experts » et d'autres des savoirs « profanes » (Freidson, 1984 [1970]), certains possèdent des « savoirs formalisés » qui leur permettent d'exercer un diagnostic médical (Borelle, 2017), d'autres pas. Lorsque des définitions différentes cohabitent, les « frontières » professionnelles et les « statuts » de chacun se réaffirment (Schlegel, 2019). Si, dans les situations que j'ai observées, les professionnels de santé – les infirmiers et la médecin – de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital ont le dernier mot sur les processus de cadrage concernant l'état de santé des personnes sans abri, il ne faut pas généraliser. À l'instar d'Ilyan qui, comme on l'a vu dans le chapitre 2, refusait de suivre la prescription du gastroentérologue pour Monsieur Claude car il ne définissait pas la situation du patient de la même manière, on peut émettre l'hypothèse que les travailleurs sociaux ne suivent pas toujours les recommandations des professionnels de santé, même celles des professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital avec qui ils ont l'habitude de travailler[285]. Néanmoins, signe de l'importance accordée aux savoirs des professionnels de santé, les travailleurs sociaux profitent de leur présence dans les institutions d'hébergement pour partager leurs questionnements et leurs troubles sur des situations relatives à l'accès aux soins.

La cogestion des médicaments est l'un de ces sujets qui soulèvent des problèmes pratiques. Ces formes de cogestion négociée entre professionnels et hébergés sont récurrentes dans les centres d'hébergement, notamment dans la gestion de l'argent (Maurin & Pichon, 2016), et peuvent se faire aussi bien à l'initiative de l'un ou de l'autre des acteurs. J'ai précédemment évoqué, dans le chapitre 2, le cas de Miroslaw qui ne se sent pas capable de prendre seul ses médicaments et a demandé aux professionnels du foyer de lui garder son traitement et de lui rappeler de le prendre s'il oublie. À l'inverse, dans certains cas, ce sont les professionnels, jugeant la personne « pas suffisamment autonome » pour reprendre les termes d'une assistante sociale d'un CHRS à qui je demande les raisons de cette cogestion, qui vont lui demander de laisser ses médicaments dans le bureau des professionnels où ils devront venir les prendre. De ma place sur le terrain, je n'ai pas pu observer directement le déroulement de cette cogestion. Cependant, en accompagnant les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau

[285] Pour cela, il faudrait enquêter dans les centres d'hébergement sans la présence d'un tiers soignant pour comprendre comment les processus de cadrage sont accomplis par les travailleurs sociaux.

Social Rue Hôpital dans les institutions d'hébergement, j'ai pu entendre les interrogations des travailleurs sociaux sur ces pratiques de cogestion des médicaments ; la présence de l'infirmier étant l'occasion pour certains travailleurs sociaux d'exposer leurs doutes et de rechercher d'éventuelles solutions aux problèmes qu'ils rencontrent, comme en témoigne la situation suivante. Nous sommes le 11 décembre 2013. Comme pratiquement tous les mercredis matin, Ilyan se rend au centre d'hébergement Carteret. Il assure une « permanence », comme il dit, qui consiste en une série d'échanges informels avec des hébergés et des travailleurs sociaux. Nous sommes dans le bureau de ces derniers avec David, un éducateur spécialisé. Il fait part à l'infirmier de ses difficultés, des problématiques que lui et le reste de l'équipe rencontrent quant à la distribution des médicaments qu'ils assurent pour certains hébergés. Il commence par lui poser une question générale qui n'est pas rattachée précisément à un hébergé : « Par exemple on a quelqu'un qui doit prendre un médicament trois fois par jour, le matin, le midi et le soir. Imagine qu'il se lève à midi, et ça arrive. On fait quoi ? On lui donne à midi celui du matin ou on fait sauter celui du matin et on lui en donne que deux ? » Ilyan entend ce problèmes mais avoue qu'il n'y a pas de réponse univoque ; « ça dépend », comme il lui répond, cela peut varier en fonction du traitement et de l'état de santé de la personne. David poursuit en relatant cette fois une situation particulière, celle d'un individu sous méthadone. Ouvrons ici une parenthèse. Il est important de préciser que le centre d'hébergement Carteret tolère toutes les addictions et que les hébergés peuvent consommer n'importe quel produit. C'est la seule institution à se positionner ainsi dans l'agglomération lyonnaise. L'équipe étant uniquement composée de travailleurs sociaux, elle est appuyée sur cette question par une équipe médico-sociale spécialisée dans les addictions. Reprenons l'exemple mentionné par David. L'hébergé a confié aux travailleurs sociaux une quarantaine de flacons de méthadone et il en prend deux quotidiennement. Un jour, il explique que le lendemain il sera absent du centre d'hébergement et demande donc deux fioles. David accepte de les lui donner en soulignant qu'il lui « fait confiance ». Le lendemain il est finalement là et demande deux nouvelles fioles car il n'a plus le surplus récupéré la veille. Le travailleur social s'interroge et demande à l'infirmier : « Comment on gère ça ? On fait quoi ? On lui en redonne ? Et lui il a fait quoi des fioles, il les a prises, il les a données, il les a vendues ? » Toutes ces questions ne semblent pas appeler des réponses définitives et arrêtées. Elles sont l'occasion de partager des épreuves, d'en discuter et de « refaire parler le métier » (Ravon, 2012). Dans cette situation, la question du soin est imbriquée à celle du contrôle d'un produit pouvant être aisément revendu. Néanmoins, comme dans le premier cas,

elle rend compte d'une situation où des routines sont perturbées. La routine est « une performance qui, comme telle, peut échouer » (Lemieux, 2018, p.41) et donc engendrer des épreuves, plus ou moins facilement surmontables pour les acteurs. Les aléas de la vie quotidienne – comme se lever plus tard ou ne pas être présent dans l'institution – créent des troubles qui exigent un réajustement des pratiques. Plus généralement, la distribution des médicaments pose la question d'une double responsabilité des travailleurs sociaux. Par exemple, Élodie Jouve (2008) décrit les échanges entre des professionnels d'une association, ceux qui acceptent de donner du Doliprane à une personne sans abri qui en demande et ceux qui refusent. Dans ces discussions sont en jeux à la fois une « responsabilité personnelle » – est-ce que l'intervenant, voire l'association, pourraient être incriminés s'il arrivait quelque chose à la personne sans abri ? – et une « responsabilité vis-à-vis des SDF » : « C'est le souci de ne pas commettre d'impair portant atteinte à la santé des personnes qui pousse les associations à se pencher sur des détails en apparence insignifiants » (Jouve, 2008, p.366).

c/ Créer un environnement soignant

Le monde médical, comme tous les mondes sociaux, comprend une diversité de lieux (Strauss, 1992 [1978a] ; Cefaï, 2015) qui dessinent une géographie du soin. Pour qui ne maîtrise pas les codes et le fonctionnement du monde social, ces lieux demeurent mal-connus, voire complètement inconnus. Les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital mènent ainsi un travail d'orientation qui consiste à apporter des informations pour que les travailleurs sociaux mais aussi les personnes sans abri puissent circuler et se repérer dans le monde social par eux-mêmes. C'est ce que donne à voir la situation suivante. Le 4 décembre 2013, nous sommes avec Ilyan au CHRS Carteret. Un hébergé passe au bureau et interpelle Ilyan : « Vous-êtes bien infirmier ? » Il confirme. L'homme lui demande où il pourrait aller pour enlever ses dents. Il ouvre sa bouche, il ne lui reste que six dents, jaunies et abimées, toutes en bas. L'infirmier lui donne deux adresses : soit les urgences dentaires de l'hôpital Edouard Herriot – il précise qu'elles se trouvent au Pavillon A, le premier bâtiment à gauche quand on arrive par l'entrée située à Grange Blanche (nœud de transports en commun) – soit l'hôpital Lyon Sud, mais là il faut prendre un rendez-vous. L'homme le remercie et rajoute, en plaisantant : « Je vais enfin pouvoir remanger un steak ! » L'interaction est rapide, quelques minutes seulement, mais elle est importante. Dans un monde médical où les soins sont de plus en plus fragmentés (Baszanger, 2010), repérer la bonne institution et solliciter le

bon interlocuteur n'est pas une chose aisée. En partageant leurs connaissances, les infirmiers font émerger des prises, des prises adaptées aux demandes des personnes qui renforcent leurs *capacités à agir sur les soins*. Mais ce travail d'*encapacitation* n'est pas accompli seulement auprès des personnes sans abri. Il est d'abord et avant tout mené auprès des travailleurs sociaux. Il doit leur permettre de trouver des réponses aux problèmes qu'ils rencontrent. C'est ce que traduit, par exemple, cette initiative d'une professionnelle d'un CHRS. Elle s'est constituée un carnet d'adresses dans lequel elle écrit les noms de médecins et d'institutions où orienter les personnes hébergées :

> NATHALIE : Je me fais un répertoire et les 3/4 de ce que j'ai c'est cette équipe [*l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital*] qui me l'a donné, entre les infirmiers et l'assistante sociale. C'est eux qui m'ont donné les noms. Je me souviens, par exemple, avoir demandé à Ilyan : « J'ai une patiente elle a juste la CMU [*Couverture Maladie Universelle*] ou l'AME [*l'Aide Médicale d'État*], je ne sais plus, elle a besoin de faire une radio, pas trop loin d'ici, où est-ce qu'elle peut aller ? » Voilà, c'est le CLIF [*Centre Lyonnais d'Imagerie Féminine*]. Ça m'aide énormément. Ils me disent aussi tel médecin ce n'est pas tellement indiqué pour telle personne. Moi je ne connais pas du tout.

Certains médecins sont déconseillés car ils ont la réputation, toujours ancrée dans des expériences passées (Schütz, 2008), de manquer de patience, d'être moins tolérants avec les personnes sans abri, voire de refuser les patients qui ont la CMU ou l'AME[286]. Les expériences de chacun s'accumulent, elles nourrissent un « stock de connaissances » (Schütz, 2008) mis en partage entre les professionnels. Ces éléments apportés contribuent ainsi à socialiser les travailleurs sociaux des institutions d'hébergement au monde médical. D'ailleurs, à force d'échanges, de coopération autour de certaines situations, Ilyan estime que certains travailleurs sociaux ont acquis de « bons réflexes » en identifiant et en contactant eux-mêmes les interlocuteurs appropriés. De la même manière, Fabienne estime que son

[286] Depuis la mise en place de la CMU et de l'AME, le problème des « refus de soins » réapparaît régulièrement dans le débat public. À l'hiver 2017, ce problème a été fortement médiatisé. Le 10 janvier 2017, trois organismes (Médecins du Monde, la Fédération des Acteurs de la Solidarité et le Collectif interassociatif sur la santé) ont saisi le Défenseur des droits des cas de douze médecins ou dentistes qui avaient fait *figurer* « pas de CMU » *ou* « pas d'AME » sur les sites de prise de rendez-vous Doctolib.fr ou Monrdv.com. Le Défenseur des droits commande une enquête qui sera conduite par une anthropologue, Caroline Desprès, et un médecin et docteur en santé public, Pierre Lombreil. Elle est rendue publique en avril 2017. Dans la foulée de la saisie du Défenseur des droits, l'Ordre des médecins a porté plainte contre ces médecins. Ajoutons qu'en 2006, Médecins du Monde a réalisé une enquête par *testing* (méthode qui consiste à prendre un rendez-vous téléphonique en se faisant passer pour un patient avec une AME ou une CMU) qui révèle un « taux de refus global pour l'AME » de 37% et un « taux de refus global pour la CMU » de 10% (Drouot & Simonnot, 2006, p.5). Si je n'ai jamais rencontré ce terme chez les professionnels de l'urgence sociale, on peut ici soulever la question des « discriminations » dans l'accès aux soins des sans-abri (Pichon, *à paraître*). Les pratiques des professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital pourraient être considérées comme un travail qui vise à « pallier les discriminations sans les nommer » (Uribelarrea, *à paraître*).

travail consiste à poser des bases pour permettre à la prise en charge de se poursuive sans elle :

> FABIENNE : Si moi je donne les moyens à l'éducateur, normalement je me dis que je peux arrêter mon travail du jour au lendemain, que derrière il n'y a rien qui s'arrête parce que chaque éducateur qui a chaque patient est briefé. Voilà. Donc je peux partir en vacances, je peux tomber malade, les choses sont sur les relèves, sont faites et l'éducateur en plus il connaît les tenants et les aboutissants.

Ces informations permettent l'élaboration d'un réseau local de professionnels de santé qui peuvent être sollicités par les travailleurs sociaux. Mais créer ce réseau passe également par des accompagnements physiques et des rencontres de face à face dans le monde médical. Fabienne donne un exemple précis de ce travail :

> FABIENNE : Par exemple, Monsieur Issa je l'ai accompagné chez le médecin traitant. D'abord, je suis allée à la pharmacie, ils m'ont donné le numéro du médecin traitant. Le médecin traitant je l'ai appelé avant pour lui demander s'il acceptait, pour lui expliquer le contexte et j'ai accompagné Monsieur Issa avec des dossiers médicaux pour que le médecin comprenne. J'ai vu comment ça s'est passé, j'ai vu comment le médecin s'occupait de Monsieur Issa, ça a été une prise de contact absolument géniale du coup j'ai pu expliquer que Monsieur Issa viendrait seul. Après, je suis allée le présenter à la pharmacie. C'était une pharmacie un peu chic on va dire. Tu sentais que leur présenter un SDF c'était… comment dire… le SDF c'est la bonne action de l'année pour eux qu'ils vont raconter à Noël [*rire*]. Tu vois ce que je veux dire ? Bref, je l'ai présenté à la pharmacienne en lui disant qu'il était en train de reprendre de l'autonomie, qu'il allait chez le médecin qu'elle [*avec insistance*] m'avait conseillé. Il y avait un souci avec l'argent, il fallait quand même avancer 3-4 comprimés d'Abilify® [*neuroleptique utilisé dans le traitement de la schizophrénie*] qui sont très chères, ben ça n'a pas posé de problème. Ça a super bien collé. La pharmacienne s'est mise à cocooner Monsieur Issa. Et lui, après, il allait tout seul au labo, à la pharmacie, chez le médecin traitant, tout à pied, où on l'avait présenté et où les gens l'ont vraiment pris sous leurs ailes.

Fabienne ne l'indique pas ici mais les trois lieux – le laboratoire d'analyse, le cabinet du médecin traitant et la pharmacie – sont situés à proximité du centre d'hébergement où Monsieur Issa vit. Les propos de l'infirmière témoignent de son travail très fin de mise en réseau de professionnels de santé autour de Monsieur Issa. Elle va voir la pharmacienne qui lui permet de trouver un médecin traitant qui lui-même renforce la relation avec la pharmacienne. À chaque fois, un travail de présentation du patient est mené. À l'instar de ce qu'elle fait avec les professionnels hospitaliers, comme on l'a vu dans le chapitre 2, elle présente le patient dans ses *singularités* pour que les professionnels de santé comprennent sa situation, sociale et médicale, et puisse s'y adapter. Ainsi, elle noue, à proximité du lieu de vie

de la personne, des relations privilégiées et personnalisées avec des professionnels de santé. Ici, Fabienne tisse un réseau, crée des attachements entre des acteurs qui vont, *in fine*, permettre à Monsieur Issa de « gagner en autonomie », comme elle dit, au sens où il va être en capacité de s'appuyer localement sur des lieux et des professionnels clairement identifiés pour agir sur sa santé. Il y a ici un travail d'*encapacitation* qui s'opère auprès d'une personne-inscrite-dans-un-environnement. Il s'agit de l'inscrire dans un collectif de soins et de se faire un « environnement soignant » constitué de points de repère qui sont aussi des points d'appui, des ressources pour agir. En se référant au travail dirigé par Antoine Hennion et Pierre Vidal-Naquet, on peut prolonger la comparaison avec les soins « à domicile » : « À partir de là, on peut voir autrement l'aide à domicile. Non plus comme une intervention auprès d'un individu particulier dans son propre domicile, mais comme une intervention auprès d'un "collectif", ou plus exactement d'un "réseau d'interdépendance" susceptible de dépasser très largement le territoire du domicile » (Hennion & Vidal-Naquet (dir.), 2012, p.12). L'aide à domicile s'accomplit à partir de relations d'interdépendance, entre des aidants professionnels et des aidants familiaux, qui débordent le domicile, comme le montrent les enquêtes du groupe « Modélisation de l'économie domestique et incidence des politiques sociales » (notamment : Weber, Gojard & Gramain (dir.), 2003 ; Letablier & Weber (dir.), 2008[287]). À l'instar d'une maisonnée[288], les professionnels impliqués dans le collectif partagent une « cause commune » (Gollac, 2003), ici celle de faciliter l'accès aux soins de la personne hébergée.

L'une des caractéristiques importantes de ce collectif de soins constitués autour de la personne hébergée est qu'il est principalement situé dans l'environnement proche du centre d'hébergement. Cela entraîne deux conséquences. La première est pour les personnes qui quittent l'institution et changent d'environnement : au mieux, le collectif est fragilisé mais certaines relations perdurent ; au pire, il disparaît complètement et devra se reconfigurer à partir du nouveau lieu de vie de la personne[289]. La seconde est pour le centre d'hébergement : les liens qui se tissent entre des professionnels et une personne hébergée peuvent contribuer à le rattacher à des lieux de soins, à créer des relations privilégiées qui pourront être

[287] La série photographique « Vivre avec » de Jean-Robert Dantou, réalisé dans le cadre de ce collectif de recherche, est intéressante dans sa mise en image du réseau, plus ou moins élargi, constitué autour d'une personne dite « dépendante » dans son domicile.

[288] La « maisonnée » comprend des parents familiaux engagés auprès de la personne dépendante, qui ne vivent pas forcément avec elle, et d'autres acteurs, comme des aidants professionnels (Weber, 2003 et 2012c). Si j'insiste ici sur les professionnels qui composent ce réseau autour d'une personne sans abri, il ne peut s'y réduire. Je montrerai, dans le chapitre 4, à partir du cas de la Villa d'Hestia, que ces collectifs comprennent également d'autres personnes sans abri qui prennent soin les unes des autres.

[289] Je laisse pour le moment cette dimension en suspens. J'y reviendrai dans la section 3 du chapitre 4.

remobilisées pour de futurs hébergés. C'est ce que nous aide à comprendre la situation suivante. Nous sommes le lundi 6 janvier 2014, au CHRS Cléberg. La famille Dalkocha, albanaise, est composée de l'épouse, du mari et de leur fils d'une dizaine d'années. Ils sont hébergés dans le cadre du plan froid. Madame Dalkocha est enceinte et sa grossesse est à risque. Un travailleur social du centre d'hébergement informe Ilyan qu'elle a déjà fait « six ou sept fausses couches » par le passé. Les travailleurs sociaux expliquent à l'infirmier que la famille bénéficiait d'une CMU-C jusqu'au 31 décembre 2013. Ils ont fait une demande d'AME – je crois comprendre qu'ils ont reçu une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF), ce qui expliquerait le passage de la CMU-C à l'AME – qui a été déposée une première fois en novembre. Il a fallu la recompléter à deux reprises et le dossier final a été déposé mi-décembre. La famille se retrouve sans couverture maladie en ce début de mois de janvier. Madame Dalkocha a rendez-vous dimanche prochain, dans six jours, à l'hôpital Femme-Mère-Enfant, où se fait son suivi de grossesse, pour un cerclage. Cette opération, réalisée sous anesthésie générale, consiste à fermer le col de l'utérus pour éviter une fausse couche. Avant cette intervention, Madame Dalkocha doit obligatoire effectuer des examens au laboratoire. N'étant plus assurée, les travailleurs sociaux s'interrogent sur la possibilité de les réaliser. Ilyan leur propose d'aller « négocier » avec le laboratoire qui se trouve au bout de la rue, à une cinquantaine de mètres. Nous nous y rendons tous les deux. L'infirmier se présente et introduit la situation en indiquant qu'il s'agit d'une personne hébergée à Cléberg. L'institution est connue de la personne à l'accueil, ils ont déjà reçu d'autres hébergés de la structure. Ilyan apporte deux arguments. Le premier est d'ordre administratif. Il explique qu'une demande d'AME a été déposée et qu'ils vont essayer d'accélérer le processus : « Ma collège assistante sociale va les contacter [*la Caisse Primaire d'Assurance Maladie*] pour voir si ça peut aller plus vite, elle est en lien direct. » Il rajoute que quoiqu'il arrive le remboursement sera rétroactif. Il présente, ensuite, un peu plus longuement la situation de Madame Dalkocha, ses s*ingularités*, en soulignant qu'elle a une « grossesse à risque » et qu'elle ne peut pas rater l'opération de dimanche ; il faut donc qu'elle fasse les examens aujourd'hui. La personne à l'accueil accepte sans problème la requête de l'infirmier. Nous repartons prévenir les travailleurs sociaux et chercher Madame Dalkocha pour l'accompagner au laboratoire. Sur le court chemin qui nous mène au foyer, je signale à Ilyan que ça a été facile de les convaincre. Il me répond alors : « Ce n'est pas la première fois qu'on leur envoie des personnes de Cléberg. Ils comprennent les situations, ils ont l'habitude. Tant qu'il n'y a pas d'abus, ça passe. » On voit ici comment créer un réseau autour d'une personne sans abri

c'est aussi tisser des liens entre des institutions. La prise en charge de Madame Dalkocha est rendue possible par de précédentes prises en charge d'hébergés de ce centre dans le laboratoire d'analyse. Un partenariat informel s'est institué entre les deux lieux ; il facilite la négociation et permet ici de surmonter les contraintes administratives qui auraient pu perturber la prise en charge médicale de Madame Dalkocha. La situation autour de Madame Dalkocha résonne avec celle de Monsieur Issa qui elle-même fait écho à celle mentionnée dans la section 1 de ce chapitre concernant « l'entente » entre le Point Santé du Centre d'Hébergement et d'Orientation du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri et une pharmacie de quartier. Toutes ces relations qui se nouent, et qui doivent s'entretenir, accroissent les possibilités et les capacités à agir sur les soins des personnes sans abri hébergées mais aussi des travailleurs sociaux qui exercent dans les centres d'hébergement. Ces relations individualisées avec des partenaires de santé favorisent des adaptations, des formes de tolérance. C'est un point particulièrement important tant l'obtention d'une CMU ou d'une AME peut prendre du temps, de même que son renouvellement. Ces démarches administratives peuvent être un frein à l'accès aux soins et constituer des motifs de « non-recours » (Rode, 2010 ; Revil, 2014). Entretenir de bonnes relations avec les acteurs de santé peut permettre de surmonter, au moins provisoirement, les difficultés liées à l'absence de droit.

***

Cette deuxième section du chapitre 3 a permis d'analyser l'émergence de collectifs de soins situés dans et autour des institutions d'hébergement. Comme on l'a vu, le contexte légal et l'application du principe de continuité de l'hébergement favorise la considération des problématiques de santé des personnes sans abri hébergées et offre de nouvelles possibilités en termes d'accès aux soins. En restant plus durablement dans les centres d'hébergement, des réseaux se créent autour des patients-hébergés et favorisent des partenariats informels entre la structure et différents lieux de soins : des professionnels de santé interviennent dans les institutions (les infirmiers libéraux et les AVS, par exemple) et d'autres sont plus facilement accessibles (des médecins traitants, des pharmacies ou des laboratoires d'analyse, par exemple). Ces collectifs s'inscrivent dans un environnement dont chacun des membres représente un point de repère et un point d'appui pour accéder aux soins. On peut les penser comme des « prises », déjà présentes dans l'environnement, mais qu'il faut savoir identifier et

saisir en tant que telles pour en faire des supports à l'action. C'est ce que l'analyse du travail des professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital nous permet de comprendre. Certes, il y a un laboratoire d'analyse médicale ou une pharmacie à proximité du centre d'hébergement mais encore faut-il prendre le temps de tisser une relation privilégiée avec ces lieux et leurs professionnels pour qu'ils puissent incarner des ressources élargissant les *capacités à agir sur les soins* des personnes sans abri hébergées mais aussi des travailleurs sociaux. Là encore les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital accomplissent un rôle de *tiers* qui contribue à mettre en lien des individus et des lieux. L'environnement tend ainsi à devenir soignant. Cependant, il faut relativiser la portée de cette affirmation tant la question de l'accès aux soins est complexe dans les institutions d'hébergement non médicalisées. On l'a vu, les travailleurs sociaux rencontrent de nombreuses difficultés dans la prise en charge des questions médicales qui semblent s'accentuer au regard de la priorisation des personnes ayant des problèmes de santé dans les centres d'hébergement, comme nous allons le voir dans la section 3.

Section 3 – Les sans-abri « malades » hébergés

L'émergence de collectifs de soins situés au sein et autour des institutions d'hébergement non médicalisées pour répondre aux problèmes de santé des personnes sans abri soulève des questions quant à leur profil et à leur état de santé : selon quels critères les personnes sans abri sont-elles orientées vers un centre d'hébergement ? À quelles institutions ont accès les personnes définies comme « malades » ? Pour répondre à ces questions, je propose dans cette section de m'arrêter sur le moment de l'entrée en hébergement. Dans un premier temps il s'agit de comprendre, du côté des professionnels, comment le mauvais état de santé des personnes sans abri constitue un critère pour accéder à l'hébergement, non médicalisé ou médicalisé (1). Dans un second temps, je m'arrêterai sur l'expérience de l'entrée aux Lits Halte Soins Santé de la Villa d'Hestia, du côté des personnes sans abri. Il s'agit de comprendre comment elles se définissent et au nom de quoi elles acceptent d'entrer (ou pas) dans l'institution. Nous verrons que les critères ou les motifs d'admission des professionnels ne correspondent pas forcément à ceux d'entrée des sans-abri (2).

1/ Le mauvais état de santé des sans-abri : motif d'accès à l'hébergement

Comme nous allons le voir, dans un double contexte d'allongement des durées de séjour dans les institutions et de déséquilibre entre le nombre de places d'hébergement disponibles et le nombre de demandes – dans les grandes agglomérations, comme Lyon, le second est largement supérieur au premier –, l'accès aux centres d'hébergement est rendu de plus en plus difficile pour les personnes sans abri. Au cours de mon enquête de terrain ont émergé explicitement des « critères de vulnérabilité » pour prioriser les personnes. Parmi ces critères, on retrouve le mauvais état de santé des sans-abri (a). Ce critère de priorisation, qui se traduit par une évaluation de l'état de santé par les travailleurs sociaux qui accordent les places d'hébergement, fait l'objet de contestations de la part de ces professionnels. Cela notamment au nom du principe d'inconditionnalité, ce qui les amène à appliquer d'autres critères que ces « critères de vulnérabilité » comme l'ancienneté de la demande (b). En parallèle de ces enjeux, propres aux institutions d'hébergement non médicalisées, les années 2000 ont vu l'émergence d'une nouvelle réponse médicalisée au problème public du sans-abrisme : les Lits Halte Soins Santé, dont l'entrée est conditionnée au mauvais état de santé des personnes sans abri (c).

a/ Prioriser les plus « vulnérables »

Nous sommes le 25 mars 2014. Un comité technique du Réseau Social Rue Hôpital se tient à la Villa d'Hestia. Nous sommes dix autour de la table. Toutes les associations ne sont pas représentées. Il y a le médecine et la cadre de santé de la Villa d'Hestia, deux travailleurs sociaux du Samu Social 69, un infirmier d'Interface SDF, un médecin bénévole de Médecins du Monde, l'infirmier et l'assistante sociale de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, la coordinatrice du Réseau et moi. La réunion commence par un tour de table sur « l'actualité des dispositifs » pour reprendre les termes de la coordinatrice qui anime la réunion. La fin du Plan Froid, qui se termine officiellement dans quelques jours et qui va se traduire par un retour à la rue de nombreuses personnes hébergées temporairement durant l'hiver, est sur toutes les lèvres. La cadre de santé de la Villa d'Hestia note qu'il y a eu moins de demandes aux Lits Halte Soins Santé durant le Plan Froid et remarque que depuis quelques jours le nombre de demandes augmente. Selon elle, c'est parce que « la maladie permet l'accès à l'hébergement ». Le tour de table continue mais cette affirmation sera de nouveau

évoquée. L'infirmier d'Interface SDF souligne que la période est « compliquée. On ne sait pas où seront les gens la semaine prochaine » avec la fin du Plan Froid. Il note également une hausse récente des sollicitations des travailleurs sociaux qui exercent dans ces institutions temporaires. Il propose deux hypothèses, sans distinguer la part de l'une ou de l'autre : les personnes sans abri auraient eu besoin de temps pour se « poser » et ce n'est qu'après plusieurs semaines voire plusieurs mois que les professionnels arriveraient à évaluer les situations et à juger s'il est opportun de solliciter l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité ; pour éviter aux personnes de se retrouver à la rue, les travailleurs sociaux solliciteraient des professionnels de santé qui seraient en mesure d'établir des diagnostics susceptibles de favoriser l'hébergement. Comme le disait la cadre de santé de la Villa d'Hestia, « la maladie permet l'accès à l'hébergement ». Cela apparaît plus nettement encore quand la coordinatrice signale l'existence d'une circulaire de la DDCS qui évoque que 150 personnes hébergées dans le cadre du Plan Froid pourraient être orientées vers des institutions d'hébergement au regard de trois « critères de vulnérabilité » qui constituent trois « critères de priorisation » : les « problématiques de santé grave », les « femmes enceintes » et les familles monoparentales avec un « enfant de moins de 1 an ». Le médecin de la Villa d'Hestia, en entendant ces critères, critique le fait que le « manque d'hébergement a tendance à être solutionné par le médical et le soin ». C'est la première fois que je recueille aussi explicitement ces « critères de vulnérabilité » dont j'entends parler depuis le début de mon enquête. Pour le même Plan Froid, Julien Lévy, enquêtant en Isère, écrit : « Le fait de privilégier certains publics plutôt que d'autres est une décision qui émane de la Préfecture de Région […]. Le SIAO[290] précisait ainsi dans une note à destination des partenaires de l'urgence sociale intitulée " Critères d'orientation des places du renfort hivernal du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014 & public pouvant être accueilli " transmise en novembre 2013 : " […] Les publics prioritaires, sur ces places, sont les suivants (ciblés par Monsieur le Préfet de Région) : les femmes seules avec jeunes enfants ; les personnes âgées ; les personnes handicapées ; les personnes malades "[291] » (Lévy, *à paraître*). Si les critères ne sont pas exactement les mêmes, ils ont pour point commun d'articuler la « vulnérabilité sociale » avec la « vulnérabilité sanitaire » (Brodiez-Dolino, 2013 ; Brodiez-Dolino & *al*. (dir.), 2014). Axelle Brodiez-Dolino rappelle qu'historiquement c'est sur cette articulation que se sont fondées les politiques assistantielles :

[290] Depuis 2010, toutes les demandes d'hébergement sont adressées et regroupées au niveau départemental dans les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO). À Lyon, le SIAO existe depuis 2009 sous l'appellation de Maison de la Veille Sociale (MVS).

[291] Les citations de Julien Levy sont tirées d'une première version, datant du printemps 2019, d'un chapitre de sa thèse.

> elles « se sont construites sur le seul socle politiquement acceptable, une articulation des vulnérabilités sociales et sanitaires. Dans un monde où dominait le libéralisme, il ne pouvait s'agir – et les réticences restent encore fortes aujourd'hui – d'aider un individu en seule situation de vulnérabilité sociale ; l'ajout d'une condition de vulnérabilité sanitaire (fragilité de la santé des enfants et des aliénés ; puis des personnes âgées, des infirmes et des incurables ; puis des femmes en couches, etc.) était nécessaire pour légitimer l'assistance démocratique […]. Ce n'est qu'en commençant par ces cœurs de cible doublement vulnérables que les politiques assistantielles ont pu progressivement s'imposer, puis glisser vers des formes plus spécifiquement sociales » (Brodiez-Dolino, 2013, p.16-17).

L'accès à l'hébergement des personnes sans abri réactualise cette double vulnérabilité ; comme si la vulnérabilité sociale, dans un contexte de rareté de l'offre par rapport à la demande, ne se suffisait plus et devait être associée à une vulnérabilité sanitaire pour prétendre à l'assistance. C'est ainsi que dans des agglomérations, comme Lyon, où le nombre de places disponibles est largement inférieure aux demandes, des critères de priorisations peuvent émerger. Vianney Schlegel (2017), sur le terrain lillois, et Julien Lévy (*à paraître*), sur le terrain isérois, décrivent bien les processus de sélection des demandes qui peuvent s'opérer dans les Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO). Lors de commissions, des réunions dans le cadre desquelles différents travailleurs sociaux évaluent les demandes et attribuent les places d'hébergement disponible, la santé ou, plutôt, le mauvais état de santé des sans-abri peut jouer sur les prises de décision : « 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, un état immunodépressif… À l'inverse lorsque l'état pathologique n'est pas jugé suffisamment grave, le demandeur n'est pas priorisé : les maladies de la peau, une tension (très) élevée, des hématomes ou des entorses, justifient une vigilance » (Schlegel, 2017, p.200). Mais ces commissions ne réunissent que des travailleurs sociaux et aucun professionnel santé. Dans ces situations comment évaluer la graviter d'une situation d'un point de vue médical, comment statuer quelle situation est prioritaire ? Comme le dit un travailleur social du Samu Social 69 lors du comité technique du Réseau Social Rue Hôpital du 25 mars 2014, « on nous demande de prioriser. Mais comment je peux dire qu'une personne est plus malade qu'une autre, qu'elle a des problèmes plus graves qu'une autre ?! Je ne suis pas médecin ! » Dans ce contexte, les certificats médicaux, objets de médiation qui circulent entre le monde médical et le monde de l'assistance et peuvent permettre aux travailleurs sociaux d'« objectiver » l'état de santé des personnes sans abri, sont susceptibles de représenter des ressources voire des preuves qui vont permettre de statuer sur une situation.

Ilyan, l'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, observe d'ailleurs une « course aux certificats médicaux » :

> ILYAN : Tu vois, les travailleurs sociaux, il faut toujours mettre un peu une limite à leur volonté de soigner les gens, de les amener à l'hôpital… Le vécu de la santé c'est toujours la même histoire, c'est compliqué pour eux. Ils te demandent tout le temps d'évaluer, surtout en ce moment, il y a des gros enjeux autour de la santé donc moi je m'en méfie vachement, je m'en méfie vachement parce que tout le monde met la santé en première ligne, ça devient un enjeu la course au certificat médical…
>
> GABRIEL : Pour avoir des places ?
>
> ILYAN : Pour avoir des places sauf que c'est contradictoire. D'un côté la DDCS ils te disent on va prioriser en fonction des critères de vulnérabilités de santé et de l'autre côté ils ne veulent pas mettre à l'abri un mec [*atteint de la « maladie de l'homme arbre », une maladie dermatologique*] parce que soi-disant il serait monstrueux pour des gens alors que ce gars il est en rupture de soin et qu'il va vraiment devenir monstrueux s'il ne se soigne pas, parce que s'il n'est pas posé à l'abri il ne peut pas se soigner correctement. Pff tu vois, nous on joue avec tous ces paradoxes, avec tous ces fantasmes autour de la santé donc faut vraiment qu'on ramène les choses...

Toutes les maladies ne se valent pas. Au-delà du degré de gravité, difficile à trancher entre certaines situations, les propos de l'infirmier rappelle le « stigmate » (Goffman, 1975 [1963]) de certaines d'entre elles. Mais si le certificat médical peut permettre aux travailleurs sociaux d'opérer un cadrage médical de la situation, des doutes peuvent être émis autour de certains de ces documents. Comme le remarque Julien Lévy, selon les professionnels qui siègent au sein d'une commission gérant l'accès à certains dispositifs d'hébergement d'urgence, « certaines personnes bénéficieraient ainsi de certificats médicaux "bienveillants" ou "de complaisance" de la part des médecins. Les certificats médicaux ne sont alors plus toujours considérés comme des preuves venant soutenir la décision et l'on voit apparaître une certaine forme de suspicion et un discours critique à l'égard du corps médical » (Lévy, *à paraître*). Cette « injonction pour la priorisation des personnes sur critère de santé », pour reprendre les mots de la coordinatrice du Réseau Social Rue Hôpital lors du comité technique du 25 mars 2014, est l'objet de multiples « opérations critiques » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.23), à différents niveaux de l'urgence sociale.

b/ Critiquer les critères de priorisation

Nous sommes le 20 mai 2014. Dans une grande salle de la préfecture du Rhône se tient la « réunion annuelle des comités de suivi et technique en plénière du Réseau Social Rue Hôpital ». Autour de grandes tables disposées en U, une vingtaine de personnes : les deux représentants de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les deux représentantes de la DDCS qui pilotent le Réseau. La coordinatrice est présente, de même que des professionnels, les chefs de services des différents dispositifs et certains directeurs associatifs. La réunion commence par un long tour de table où chaque institution fait un bilan de l'année écoulée en apportant des données quantitatives, soulignant des évolutions par rapport aux années précédentes et mettant en partage des réflexions. Dans un premier temps, ce sont les équipes mobiles (Interface SDF, le Samu Social 69, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital et Médecins du Monde via sa mission bus) qui prennent la parole. Les interventions n'entrainent pas de commentaires ou de remarques particulières, simplement quelques demandes de précision. La réunion prend un ton différent quand vient le tour des lieux d'hébergement (les lits de repos du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, ceux de l'Armée du Salut et les Lits Halte Soins Santé). Après avoir apporté quelques éléments sur les activités « santé » de l'association, la directrice du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri affirme : « Les centres d'hébergement ne sont plus adaptés, tant au niveau architectural[292] qu'au niveau du personnel, au public accueilli. » Elle évoque le nombre important de personnes avec des problématiques de santé « lourdes » et donne l'exemple d'un homme dyalisé. Cette remarque entraine des réactions allant dans le même sens et visant à alerter les représentants de la DDCS et de l'ARS des difficultés éprouvées sur le terrain. Le directeur d'Alynea[293] aborde la question des critères de priorisation des personnes en institution d'hébergement. Selon lui, le « critère santé pour entrer sur des hébergements sociaux » entraine des difficultés dans les institutions où « les équipes vont mal ». Elles sont « trop dans le bricolage » pour faire face à des situations qu'elles ne maîtrisent pas d'où une « souffrance » chez les professionnels. La cadre de santé

[292] Sur ce point, je pense par exemple à un jeune garçon albanais d'une dizaine d'années, hébergé avec ses parents dans un centre d'hébergement lyonnais. Il se déplace en fauteuil roulant. Pourtant, pour entrer dans cette institution il y a quelques marches à franchir. La chambre de la famille se trouve au premier étage. Le 16 décembre 2013, l'ascenseur ne fonctionne pas. En bas des escaliers, je vois le père avec son fils. Le père prend le garçon dans ses bras et commence à le monter. Je me saisis du fauteuil et les accompagne. Arrivé en haut, le père me remercie et m'explique que ça fait plusieurs jours que l'ascenseur est bloqué et qu'ils doivent se débrouiller, généralement avec l'aide d'un travailleur social, pour descendre et monter les escaliers. Si la famille a été orientée dans cette institution en raison, justement, de la présence de cet ascenseur, la vétusté des locaux fait qu'il n'est pas toujours accessible.

[293] Association lyonnaise qui gère le Samu Social 69 et plusieurs centres d'hébergement.

de la Villa d'Hestia renchérit en signalant que les durées de séjour à l'hôpital diminuent et que « les soins à domicile sont de plus en plus lourds ». Une représente de l'ARS signale que ce problème est bien repéré et que la question des « solutions d'avales » – c'est-à-dire l'orientation de certains sans-abri hébergés en CHRS vers des institutions médico-sociales plus adaptées – constitue une « priorité dans le PRAPS », le Plan Régional d'Accès et de Prévention aux Soins. Ces échanges sur la prise en charge des questions de santé dans les centres d'hébergement se concluent par une interrogation générale d'une responsable de la DDCS : « Que va devenir le CHRS ? »

Les critiques formulées ici pointent dans différentes directions et soulèvent de multiples tensions au sein des institutions d'hébergement : le bâtit n'est pas adapté à l'évolution des publics accueillis ; les équipes professionnelles, composées quasi-exclusivement de travailleurs sociaux, ont des difficultés à prendre en charge les questions médicales qui concernent de plus en plus d'hébergés ; le fonctionnement actuel de l'hôpital, qui réduit les durées de séjour, augmente les « hospitalisations partielles[294] » (Boisguérin & *al*., 2018) et les soins en « ambulatoire[295] », a pour conséquence une hausse et une complexification des soins à domicile qui entrainent des problèmes pratiques pour les personnes sans abri et les professionnels qui les accompagnent. Les critiques articulent ce qui se joue dans les interactions, dans le face à face entre professionnels et personnes hébergées, et ce qui se passe au niveau institutionnel, à savoir les évolutions que connaissent le « système » d'hébergement et le « système » de santé.

Ces critiques verbales se traduisent également dans des pratiques concrètes. Par exemple, durant le Plan Froid 2013-2014, les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital ont été sollicités par la Maison de la Veille Sociale afin de « prioriser des situations à réorienter selon la problématique santé. L'équipe a exprimé qu'il n'est pas dans leur mission de juger prioritaire à l'hébergement une personne par rapport à une autre.[296] » Autre exemple, en 2015, une travailleuse sociale participant à une commission au sein de la Maison de la Veille Sociale tente de faire inscrire un critère d'ancienneté qui primerait sur les critères de vulnérabilité :

---

[294] Pour la Drees, l'« hospitalisations partielle » « concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie, de chirurgie ambulatoire ou de médecine ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet » (Boisguérin & *al*., 2018, p.3)

[295] Sur ce point, voir le rapport de la Cours des Comptes sur le « virage ambulatoire du système de santé » : https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-05-virage-ambulatoire-systeme-de-sante.pdf (consulté le 3 mars 2020).

[296] Compte rendu du Comité technique du Réseau Social Rue Hôpital, 25 mars 2014.

> « Il fallait travailler sur un règlement de fonctionnement où on priorisait sur l'ancienneté de la demande et pas de chercher si quelqu'un qui a un SIDA c'est pire que quelqu'un qui est tétraplégique en fauteuil roulant ou pire qu'une femme enceinte ou pire que… de trouver la situation pire, parce que l'idée sous-jacente de ça c'est qu'alors que la loi DALO pour moi inscrit le champ de l'urgence sociale dans le champ de l'action sociale, là on dérivait sur le champ de l'humanitaire et là le droit à l'hébergement c'était plus un droit pour tous, c'était un droit au plus malade, c'était un droit au plus vulnérable. Désolé pour la dimension technique mais sous la dimension technique pour moi y a des enjeux politiques très, très forts […]. J'ai essayé de faire inscrire dans le marbre la question quand même de l'ancienneté dans le fonctionnement actuel […]. L'idée c'est de montrer que ça marche… enfin que ça marche, que personne… que ça ne remet pas en cause toute la machine de mettre une ligne ancienneté et d'essayer d'agir aux deux niveaux pour que les choses avancent un peu. Donc là c'est très compliqué parce que de multiples acteurs sont impliqués, je ne suis pas sûr d'y arriver et ma position est de me battre pour que l'accès à l'hébergement demeure un droit pour tous mais, sans travail politique plus global, ce droit il demeurera fictif et je me demande aujourd'hui si c'est un vrai combat à mener. »

Ce souci de remettre en avant le critère d'ancienneté et d'accorder les places selon une logique de la file d'attente, se retrouve également au SIAO de l'Isère même s'il y prend une forme moins règlementaire : « C'est ainsi que régulièrement, lorsque les participants à la commission de régulation n'arrivent pas à prendre une décision, ils se retournent vers le représentant du 115 pour connaître deux éléments qui vont les aider à déterminer leur choix : l'antériorité de la demande et la régularité de la demande » (Lévy, *à paraître*). Les propos de la travailleuse sociale indiquent que, pour les travailleurs sociaux, prioriser les personnes sur des places d'hébergement au nom de critères médicaux n'est pas seulement une question pratique et morale, c'est aussi une question politique. Prioriser reviendrait à une remise en cause du principe d'inconditionnalité de l'accueil, ainsi énoncé dans l'article L345-2-2 du Code de l'action sociale et des familles : « Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence. » Julien Lévy rappelle qu'« à l'origine, et avant qu'une modification ne soit effectuée à l'occasion de la loi ALUR[297], le texte indiquait que cet accueil inconditionnel concernait "Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique *et* sociale" (souligné par moi). Le "et" a donc été remplacé par un "ou" afin d'éviter toute forme d'ambiguïté. L'usage du "et" avait été employé comme un argument sur certains territoires afin de justifier de la non-acceptation de personnes ne remplissant les trois "critères" de détresse » (Lévy, *à paraître*). Ce principe d'inconditionnalité à l'hébergement d'urgence

[297] Loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové, 2014.

cohabite avec des institutions d'hébergement sous conditions. C'est une dualité ancienne, comme le relève Mauricio Aranda (2019a) à partir des cas de la Cité du Refuge, gérée à Paris par l'Armée du Salut, et le centre municipal Nicolas-Flamel, situé également dans la capitale ou Axelle Brodiez-Dolino (2020) à partir du cas du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri : au sein de ces institutions, différentes formes d'accueil coexistent au sein du même bâtit, selon que l'entrée soit sous conditions (notamment financière) ou sans conditions. Cette distinction renvoie à une dualisation d'abord implicite et qui va progressivement, au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, s'institutionnaliser entre d'un côté l'hébergement de « réinsertion » et, de l'autre, l'hébergement « d'urgence » (Aranda, 2019a). À ces deux formes d'hébergement, il faut ajouter l'existence de processus de « cantonnement catégoriel » (Gardella, 2014b) selon lesquels des institutions sous-ciblent et se spécialisent sur certains publics comme l'illustre, par exemple, le cas de la prise en charge des femmes à Saint-Etienne (Maurin, 2017, p.230-235).

La médicalisation du problème public du sans-abrisme au tournant des années 1980-1990, réactualise la place d'une « condition » dans l'accès à l'hébergement : la maladie. D'une part, comme nous venons de le voir dans cette section 3, les « problématiques de santé graves », mentionnées sur mon terrain, et, plus généralement, la maladie (Lévy, *à paraître* ; Schlegel, 2017) peut constituer un critère de priorisation, une *condition*, pour accéder à l'hébergement d'urgence ou de réinsertion. D'autre part, chaque décennie voit apparaitre un nouveau dispositif d'hébergement réservé aux sans-abri malades : dans les années 1990, ce sont les « lits infirmiers » ou les « lits de repos », qui sont institutionnalisés en 2006 et qui essaiment sous l'appellation Lits Halte Soins Santé et qui sont eux-mêmes complétés au cours des années 2010 par les Lits d'Accueil Médicalisé[298]. Ainsi une tendance émerge au sein de l'urgence sociale : celle d'un accès à l'hébergement, médicalisé ou pas, favorisé pour des personnes sans abri ayant des problèmes de santé. Si le mauvais état de santé n'est pas toujours un critère de sélection explicite, il constitue néanmoins un « prétexte » (Jouve & Pichon, 2015) mobilisable pour négocier une admission dans une institution d'hébergement et

[298] Les premières expérimentations des Lits d'Accueil Médicalisés ont été menées à partir de 2009 à la suite d'une évaluation des Lits Halte Soins Santé qui ont soulevé trois « inquiétudes » : la faible orientation vers l'hébergement, l'existence de pathologies de longues durées et l'âge de certaines personnes qui pourraient prétendre à une place en maison de retraite mais qui n'y ont pas accès. Ainsi, les temps de séjours (initialement de deux mois renouvelables) s'allongent – point sur lequel je reviendrai dans le chapitre 4. C'est pour pallier cette limite des LHSS que sont apparus les LAM dans le cadre desquels « la durée du séjour n'est pas limitée » même s'il existe toujours un « accompagnement social » pour définir un éventuel « projet » de sortie (Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)). Les LAM ouvrent à Lyon en 2016 et sont gérés par la même association que les Lits Halte Soins Santé de la Villa d'Hestia, Orsac.

peut représenter, à ce titre, le facteur d'une « amélioration paradoxale » (Benoist, 2016) : la personne est en mauvaise état de santé mais peut bénéficier d'une place d'hébergement.

c/ Être admis aux Lits Halte Soins Santé

Arrêtons-nous maintenant sur les Lits Halte Soins Santé (LHSS). Les LHSS représentent l'institutionnalisation, en 2006, du Centre d'Hébergement d'Urgence et de Soins Infirmiers créé par Xavier Emmanuelli en 1993, à l'ouverture du Samusocial de Paris. Cette expérimentation avait déjà entrainé, comme on l'a vu au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, la création de « lits infirmiers » ou « lits de repos » dans les années 1990. Dans l'agglomération lyonnaise les LHSS ouvrent leurs portes en décembre 2007, à Villeurbanne, sous le nom de la Villa d'Hestia. L'institution peut accueillir jusqu'à 30 personnes sans abri dans des chambres individuelles ou doubles. Mais comment les personnes l'intègrent-elle ? Les demandes d'entrée ne sont pas gérées, comme pour les demandes d'hébergement d'urgence et de réinsertion par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO). Elles sont directement adressées à l'institution où elles sont évaluées par le médecin et la cadre de santé. La manière dont j'ai mené mon enquête au sein de la Villa d'Hestia ne m'a pas permis d'observer ces moments de discussion et de sélection des demandes. Cela n'empêche néanmoins pas d'apporter quelques éléments sur le processus d'admission.
Sur l'année 2015[299], 227 demandes d'admission ont été adressées à la Villa d'Hestia. 37% n'ont pas été retenues aux motifs suivants :

> « Les demandes ne correspondent pas à la mission :
> - pathologies chroniques pures de type diabète, insuffisance cardiaque, rénale, hépatique, vieillissement.
> - addiction et psychiatrie strictes ; lieu inadéquat pour un sevrage en alcool
> - lourdeur de la prise en charge, avec nécessité de soins techniques lourds, donc hors champ de compétence
> - problème d'hébergement : situations uniquement liées à un besoin d'hébergement, ou de logement adapté avec un étayage de type SAMSAH[300] au retour à domicile (personnes dépendantes, vieillissantes, polyhandicapées …).
> La création de 20 Lits d'Accueil médicalisés sur Lyon en juillet 2016 devrait permettre de mieux répondre au ces demandes de prise en charge à long cours des

[299] Je m'arrête sur l'année 2015 qui est celle durant laquelle j'ai mené mon enquête de terrain à la Villa d'Hestia. Par ailleurs, l'ouverture à l'été 2016 des Lits d'Accueil Médicalisés a eu des effets sur le public accueilli aux Lits Halte Soins Santé et donc sur son fonctionnement.
[300] Soins d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

personnes en situation précaire et atteintes de pathologies chroniques associées à des handicaps physiques et psychiques.[301] »

Retenons de cette liste que les LHSS sont des lieux de soins mais que tous les soins n'y sont pas menées. Les critères d'admission reposent a priori sur des pathologies aigües[302]. Parmi les 147 demandes recevables, 99 ont été effectives. Parfois, « à l'analyse des dossiers par le médecin, des investigations médicales supplémentaires en structures hospitalières sont nécessaires ce qui retarde ou parfois annule la demande car les investigations montrent d'autres orientations possibles (prolongation de l'hospitalisation, orientation en SSR [*soins de suite et réadaptation*], en ACT [*appartements de coordination thérapeutique*]…)[303] ». D'autres fois la personne sans abri refuse d'aller aux LHSS – j'y reviendrai – ou aucun moyen de déplacement n'est mis en place pour assurer l'accompagnement : « La problématique du transport est importante à prendre en compte, en effet bien que la mise à disposition d'un VSL [*véhicule sanitaire léger*] soit possible en sortie d'hospitalisation, dans la pratique cela n'est pas immédiatement proposé, souvent en raison d'une absence d'ouverture de droits. Il faut souligner que lorsque la personne est identifiée par le Samu Social, celui-ci assure la continuité de la PEC [*prise en charge*] en accompagnant le patient de l'hôpital à la Villa d'Hestia.[304] »

Pour les 99 personnes admises en 2015, les principaux motifs d'admission étaient les suivants : « la post-chirurgie, 32 % ; la cancérologie, 18 % ; les pathologies infectieuses, 12% ; la traumatologie en baisse de 16 à 5 % – dans cette catégorie, sont comptées les personnes porteuses d'un plâtre qui peut être incompatible avec la vie dans la rue.[305] » À 40%, les soins de post-chirurgie concernent de l'orthopédie[306]. 90% des personnes admises provenaient de « structures sanitaires » et principalement d'hôpitaux. Comme on l'a vu dans le chapitre 2, généralement, les professionnels de l'urgence sociale, notamment ceux de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, préparent l'entrée aux LHSS avant l'hospitalisation ; cette dernière étant facilitée car la personne a une solution de sortie. Ainsi, ce chiffre ne met pas « en valeur les situations portées par les partenaires du RSRH [*Réseau*

[301] Rapport d'activité Villa d'Hestia, 2015.
[302] Je reviendrai sur cet aspect des Lits Haltes Soins Santé dans le chapitre 4.
[303] Rapport d'activité Villa d'Hestia, 2015.
[304] *Ibid.*
[305] *Ibid.*
[306] S'il n'existe pas de statistiques précises sur les soins reçus par les sans-abri, on peut émettre l'hypothèse que, du fait des conditions de vie à la rue (notamment le fait de dormir à même le sol, parfois en se recroquevillant en raison du manque de place, et de se déplacer entre des lieux d'assistance et la rue), la chirurgie orthopédique, définis comme une chirurgie préventive et réparatrice de l'appareil locomoteur, soit si importante.

Social Rue Hôpital] en amont de l'orientation à l'hôpital. C'est l'articulation des différents acteurs du RSRH qui permet que la personne puisse s'inscrire dans un parcours de soins[307] ». Les demandes d'admission sont donc généralement adressées par des professionnels hospitaliers même si elles sont pensées en amont par des professionnels de l'urgence sociale.

Au-delà de ces éléments chiffrés et factuels, comment s'organise le processus d'admission et quelle place occupe les personnes sans abri dans cette orientation ? Au cours de mon enquête, j'ai demandé aux personnes accueillies à la Villa d'Hestia ce qu'elles connaissaient de l'institution avant d'y arriver. Quelques-unes y avaient déjà séjourné – j'y reviendrai dans la suite de ce chapitre –, d'autres la découvraient pour la première fois. Pour ces dernières, il était frappant de constater à quel point elles étaient peu informées sur les Lits Halte Soins Santé ; l'exemple de José est caractéristique de ce phénomène.

José à 62 ans, il est de petite taille, un peu corpulent. Il détonne dans la Villa d'Hestia par son apparence élégante, toujours vêtu d'un costume gris et d'une chemise claire ; un signe d'une vie passée, comme il me le rappelle régulièrement, à travailler auprès d'un député du Rhône et d'un adjoint à la Mairie de Lyon. Le 7 mai 2008, il est expulsé de son appartement du 3ème arrondissement de Lyon :

> JOSE : La leçon a quand même été trop rude parce que les seuls griefs que l'on me reprochait… Je crois que j'avais exactement deux mois de loyer de retard. J'avais la caution d'un mois de loyer donc en fait j'avais un mois et demi de loyer de retard mais ma vieille propriétaire en fait voulait revendre et elle avait trouvé un gros poisson qui lui a fait un gros chèque, je l'ai su après. T'as compris, elle a fait une opération financière sur mon dos. Et moi la rue. Alors que depuis 29 ans et 6 mois, je lui payais quand même son loyer. J'aime dire les choses simplement, ce sont celles qui touchent le plus le cœur, j'ai remarqué. Tu comprends Gabriel. Pendant 29 ans et 6 mois, j'insiste bien, je lui ai payé son loyer. Alors des fois on est remercié d'une drôle de manière. Comme quoi je ne me suis pas méfié. Elle m'a envoyé 2-3 lettres d'huissier et puis un beau matin, à 7h du matin, le 7 mai 2008 ils ont débarqué. Les serruriers ont changé… sans même le demander, rien. L'huissier m'a jeté les papiers au visage ou pas loin : « Voilà, officier ministériel, on va débarrasser, voilà, vous quittez les lieux. Vous quittez les lieux. » Alors quand on a vécu 29 ans et demi dans le même appartement, qu'on y a tous ses souvenirs et pas seulement cette pauvre peluche et cette petite tortue, ça fait mal. Et des centaines de livres dont certains dédicacés… […] Là j'ai quitté les lieux, je n'ai pas pleuré mais j'étais blanc. Je marchais tout droit, je ne sais pas, je suis allé faire un tour dans la rue et c'est après que j'ai réalisé toute l'horreur : où je vais passer ma nuit ce soir ? Alors là j'avais quelques numéros à appeler, quelques relations, quelques bonnes amitiés et donc là j'ai dormi chez des proches pendant quelques temps. Voilà comment la transition s'est effectuée entre le moment strict où j'ai été effectivement expulsé et le moment où je suis entré dans ce garage en disant mais c'est ma dernière voie, qu'est-ce que je vais

[307] Rapport d'activité Villa d'Hestia, 2015.

> devenir ? Je n'ai pas les moyens de prendre un appartement, surtout dans ce quartier, or j'aime ce quartier. En plus j'ai ce garage, je le loue, personne ne me verra, je vais essayer une nuit ou deux, au bout d'une nuit ou deux j'en avais déjà plein la casquette, plein le dos c'est le cas de le dire parce que je me suis esquinté à l'occasion de ce séjour dans cette cave parce que ce n'est guère mieux qu'une cave. Enfin le truc effarant, effrayant. Rien que d'y penser, même moi ça m'effraie, *a posteriori*.

Après son expulsion, José passe plusieurs nuits chez des amis qui l'hébergent. Cette période dure un mois mais, comme il dit, à ce moment-là, « les amis se raréfient ». Il décide alors de passer une première nuit dans un garage qu'il loue et qui lui servait jusque-là de stockage. Il y restera finalement jusqu'à son hospitalisation le 16 juin 2014. Durant six ans, il ne fréquente jamais les institutions d'hébergement. Peu de temps après son expulsion il rencontre une assistante sociale. Il ne me précise pas où. Il est question de rechercher avec elle un hébergement mais il ne donne pas suite et ne se présente plus aux rendez-vous. La première année, il va parfois manger le midi au restaurant social municipal de Lyon, rue Etienne Dolet, autrement il se débrouille par lui-même. Cela ne l'empêche pas de maintenir des relations sociales qui constituent des appuis, par exemple pour manger ou se doucher. Le 16 juin 2014, José retrouve une amie à un coin de rue, près de son garage. Il n'arrive plus à respirer. Elle appelle les pompiers qui arrivent rapidement. Il est transporté en urgence à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc où il restera dix jours. José a eu un œdème aigue du poumon (OAP) consécutif à une quantité anormale de liquide dans ses poumons – il me précisera qu'on lui a retiré « cinq litres » de ses poumons. À l'hôpital, on lui explique que cet OAP est lié à une insuffisance cardiaque puisque son cœur ne fonctionne qu'à « 30% de sa valeur ». Sans droit de santé ouvert il est, pour reprendre son terme, « détecté » par le service social de l'hôpital qui avertit l'assistante sociale de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital qui va se saisir de sa situation :

> JOSE : Et ben c'est elle [*l'assistante sociale de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital*], je crois que c'est elle à l'époque qui avait été commise alors par qui, comment elle était arrivée là, qui lui avait dit qu'on a un doute sur… ?
>
> GABRIEL : Son équipe est rattachée à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc.
>
> JOSE : Ah donc voilà. Après ça coulait de source qu'elle m'ait détecté à ce moment-là, qu'ils ont vu dans mes explications qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas bien. Les pompiers déjà ils m'ont fait la réflexion : « Mais vous sortez d'un garage ? » […] J'étais obligé de leur dire. C'était ça ou je cachais ma misère encore et ça se serait prolongé jusqu'à maintenant je pense […]. À l'hôpital c'est l'assistante sociale qui m'a trouvée, qui a débusquée chez moi tout ce qui n'allait pas et qu'il fallait traiter, aussi bien sur le plan social que sanitaire. C'est elle qui m'a… comment dirais-je…

détecté.

Après son hospitalisation, José entre à la Villa d'Hestia le 26 juin 2014. C'est finalement la première fois qu'il intègre une institution d'hébergement pour personnes sans abri, l'hospitalisation étant l'occasion d'une révélation publique – au sens où des tiers découvrent l'information – de sa « situation de rue », pour reprendre une catégorie plutôt mobilisée dans les pays d'Amérique Latine (Palleres & Rosa, 2016). José arrive aux Lits Halte Soins Santé avec quasiment pas d'informations :

> JOSE : À l'hôpital on m'a présenté le lieu comme une maison de convalescence. Je suis arrivé ici, sans en savoir plus sur l'établissement. À part que j'ai vu à l'entrée « Villa d'Hestia » en en-tête de la porte mais je n'en savais pas plus que le premier visiteur qui découvre les lieux. Là-dessus donc, j'ai été pris en charge tant au plan médical que social par les principaux acteurs que tu dois connaître aujourd'hui c'est à dire le médecin qui m'a fait faire un petit tour du propriétaire, si on peut dire, un petit tour de la propriété, il m'a désigné les lieux où se trouvent le réfectoire, que je pouvais dormir dans une chambre qui me serait allouée le soir même, que je dépose donc armes et bagages et que là il transmettait mon dossier également à l'administratif qui se situe en bas, comme tu sais. Les premiers jours, j'étais dépaysé déjà. Je me retrouvais dans un autre cadre.

Les mots de José entrent en résonnance avec ceux de l'assistante sociale de la Villa d'Hestia qui souligne le manque de consultations et d'échanges avec les personnes sans abri dans l'orientation et l'admission aux Lits Halte Soins Santé :

> ASSISTANTE SOCIALE : En fait je pense que vraiment les gens ils ne sont pas informés de là où ils vont arriver et que nous on a aussi une grande responsabilité là-dedans à partir du moment où on a un dossier et où il n'y a ni la signature demandée du patient, ni le règlement de fonctionnement. Souvent t'as des patients qui disent : « Ah ben je ne sais pas, c'est l'hôpital qui m'a casé là. » Et effectivement on est un peu là-dedans des fois. Du coup tu reprends un peu, histoire qu'il soit bien acteur de sa prise en charge mais je trouve que ça aurait pu être travaillé en amont. Je pense que c'est quelque chose qu'il faudrait travailler.

Cette absence de participation des personnes sans abri à la prise de décision concernant leur orientation n'est pas propre aux Lits Halte Soins Santé. On la retrouve par exemple dans les commissions d'attribution des places d'hébergement d'urgence au sein des SIAO où seuls les professionnels siègent. Elle invite à s'arrêter sur le moment de l'entrée dans l'institution, ce moment où les personnes sans abri sont confrontées à l'orientation qui a été définie pour elles.

2/ Ce qui motive les patients à entrer (ou pas) aux Lits Halte Soins Santé

Les personnes sans abri sont admises aux Lits Halte Soins Santé au nom de leur mauvais état de santé. C'est parce qu'elles ont été identifiées, par le médecin et la cadre de santé de l'institution, comme des personnes sans abri qui ont « besoin de soins » que leurs dossiers de demande ont été acceptés. Mais comment les sans-abri se définissent-ils au moment de l'entrée[308] ? Adhèrent-ils à ce cadrage opéré par les professionnels ? Quels sens revêt leur séjour à la Villa d'Hestia ? Répondre à ces questions c'est engager une réflexion sur ce qui compte pour les personnes au moment de leur entrée, ce « moment critique » qui bouscule la définition de *soi* (Strauss, 1992 [1959]). Comme nous allons le voir, cette (re)définition de ce qui vaut émerge dans la situation présente au croisement de différentes perspectives temporelles : elle engage un retour sur des expériences passées, liées à une « carrière de survie » (Pichon, 2010) et à une « trajectoire de maladie » (Strauss & *al*., 1992 [1985a]) qui s'accompagne de projections futures, de formulations de désirs. Avec Reinhart Koselleck, on peut penser cette définition de ce à quoi les personnes tiennent, qui est aussi une définition de *soi*, à l'aune d'un « champ d'expériences » et d'un « horizon d'attente » (Koselleck, 1990). Je m'arrêterai principalement sur trois personnes, trois histoires différentes, qui permettent d'esquisser trois définitions de soi et de ce qui vaut lors de l'entrée à la Villa d'Hestia. Certaines personnes se reconnaissent dans un « rôle de malade » qui a besoin de soins ; leur définition est en adéquation avec les motifs d'admission dans l'institution (a). Pour d'autres, ce qui prime n'est pas (seulement) l'état de santé et les soins mais l'horizon d'une « sortie de la rue » qui passerait par l'obtention d'une place d'hébergement stabilisée ou, mieux encore, d'un logement (b). Enfin, pour certains, ce qui vaut est ailleurs, dans un autre environnement, si bien qu'ils refusent d'entrer à la Villa d'Hestia ou la quittent après quelques heures ou quelques jours (c).

a/ Quand le patient se reconnaît dans un rôle de malade

Dans le premier cas, les personnes sans abri qui entrent à la Villa d'Hestia se reconnaissent dans un rôle de malade qui a besoin de soins. Leur définition de soi est en adéquation avec le cadrage, opéré par le médecin et la cadre de santé, qui justifie et légitime l'admission dans l'institution. La personne arrive avec l'intention de se soigner, comme en témoigne la

[308] Je précise « au moment de l'entrée » car, évidemment, au cours du séjour, des redéfinitions de soi et de ce qui vaut sont opérées par les personnes, comme on le verra dans la partie 2.

situation d'Edin. Il a 38 ans et est originaire du Kosovo. Son récit a été pour moi déstabilisant tant le soin est indissociablement lié à l'appréhension de la mort. Edin est un patient extraordinaire, pas comme les autres. Au Kosovo, il était médecin généraliste. Début 2014, il apprend après une série d'examens qu'il est atteint d'un cancer du pancréas avancé et non opérable, comme il me l'explique[309] début juillet 2015 :

> EDIN : Quand j'ai appris le diagnostic, j'ai appelé un collègue, un ami oncologue et je lui ai dit : « Viens me voir. » Quand il est arrivé je lui ai montré : « J'ai ce diagnostic. » Mon ami a fait une grimace. Je lui ai dit : « Ce n'est pas le moment de faire une grimace. De quel traitement j'ai besoin ? » Il m'a expliqué. C'est lui qui m'a soigné. Pendant un moment ça allait mieux, je vivais normalement, je me sentais bien, on allait pique-niquer au parc avec mes enfants et ma femme […].
>
> GABRIEL : Vous avez planifié de venir en France pour vous faire soigner ?
>
> EDIN : Oui. Au bout d'un moment le médecin m'a dit on ne peut plus vous apporter de traitement. Je savais que la France avait un système d'assurance sociale qui fonctionnait très bien. Et j'avais vu ce film de Michael Moore [*Sicko*] où il y avait des américains qui venaient vivre en France… [*rire*]. Dans la situation dans laquelle j'étais, j'ai décidé de venir ici pour me soigner. Je ne peux plus être opéré et il n'y a que ce traitement pour ce que j'ai et ce n'est pas possible de me soigner au Kosovo.
>
> GABRIEL : C'est quoi ce traitement ? Une chimiothérapie ?
>
> EDIN : Oui c'est ça […]. Je sais très bien ce que j'ai, parfois ce n'est pas bon de trop savoir mais là je sais. Ce n'est pas évident de passer de médecin à patient, j'essaye de survivre.

Dans un « contexte de conscience ouvert » (Strauss & Glaser, 1992 [1965]) où le patient connaît aussi bien que les professionnels qui le soignent le diagnostic et le pronostic vital, Edin a décidé de quitter le Kosovo pour se soigner. Il quitte sa femme et ses trois enfants de 9 ans, 5 ans et 1 an qui restent au Kosovo. L'image qu'il se fait du système de santé français l'aurait poussé à venir dans ce pays. Il m'informe d'ailleurs qu'il ne connait personne en France alors qu'il a de la famille qui vit en Suisse et en Allemagne depuis le conflit en ex-Yougoslavie. Son projet de quitter le Kosovo pour la France semble avoir été minutieusement pensé et, en même temps, des zones d'ombre demeurent. Je n'arrive pas à retracer les différentes étapes jusqu'à son arrivée en France. Toujours est-il que, début 2015, il arrive à Lyon. La ville semble avoir été ciblée comme un point de destination du fait de la présence de l'association Forum Réfugiés dont il me dit avoir entendu parler sur le trajet pour la France. Après une première hospitalisation à l'hôpital de la Croix-Rousse, il est admis aux Lits Halte

[309] Je précise qu'Edin ne parle pas français et que tous les échanges se sont faits en anglais.

Soins Santé en mai 2015. Une semaine sur deux, Edin est hospitalisé quatre jours à l'hôpital de la Croix-Rousse pour sa chimiothérapie ; il passe le reste du temps à la Villa d'Hestia. En parallèle, il s'est engagé dans des démarches administratives pour obtenir un titre de séjour d'étranger malade. Edin est explicitement là pour se soigner. Il ne cherche pas à rester en France ou à obtenir un logement. Mais si son quotidien est marqué par le soin, il ne semble pas beaucoup se faire d'illusions. Sa trajectoire de maladie est aussi une « trajectoire du mourir » (Pian, 2012). Il reconnaît qu'il a peu de chances de guérir et justifie son départ par l'image qu'il souhaite laisser à ses proches : « Quand je serai mort… je l'ai expliqué à ma femme… Je me soigne pour moi mais aussi pour ma famille, pour que dans le futur ils ne se disent pas que je suis mort sans rien faire, sans avoir essayé de me soigner. » Dans cette épreuve, il s'appuie sur des liens et des attachements qui comptent : il téléphone régulièrement à sa femme, il prie et médite, il passe du temps avec un patient albanais accueilli à la Villa d'Hestia qui est devenu un ami. S'il endosse le « rôle de malade », il est loin de la figure passive analysée par Talcott Parsons (1951). Il s'engage dans le travail du patient (Strauss & *al.*, 1982) en tant qu'ancien médecin ; il se renseigne sur sa maladie en lisant des articles scientifiques et accomplit certaines tâches (par exemple, il se fait lui-même des injections dans la salle de soins, sous le regard des infirmiers des Lits Halte Soins Santé).
Si la situation d'Edin est littéralement *extraordinaire* à la Villa d'Hestia, elle dessine un profil de patient que d'autres, avec leurs histoires et leurs singularités, peuvent endosser. Ces patients reconnaissent les problèmes de santé, passés mais toujours présents, qui leur ont permis d'être admis dans l'institution et s'engagent dans les soins qui leur sont apportés, en vue d'un horizon qui a des effets dans leurs pratiques présentes. Pour ces patients, leur entrée à la Villa d'Hestia est d'abord pensé comme un temps qui va favoriser et permettre le prendre soin. Le prendre soin doit s'entendre dans un sens large ; selon les patients, il peut aller d'une période de repos jusqu'à des soins en vue d'une guérison. Les motifs d'entrée du patient et les motifs d'admission des professionnels se rejoignent au début de la prise en charge vers cet objectif commun qui est le soin.

b/ Quand l'horizon est la sortie de la rue

Pour d'autres patients, ce qui prime lors de l'entrée à la Villa d'Hestia c'est l'horizon d'une sortie de la rue. Cela ne signifie pas que les personnes n'accordent pas d'importance aux soins. Pour ces personnes, la maladie apparaît comme « libératrice » (Herzlich, 1996 [1969]) :

« Le malade perçoit en elle l'occasion d'échapper à un rôle social qui étouffe son individualité. En ce cas, la maladie, loin de ne représenter qu'un cortège de destructions, permet de retrouver le "vrai sens de la vie" qui ne réside pas dans sa dimension sociale. Elle offre la possibilité d'une révélation voire d'un dépassement de soi » (Adam & Herzlich, 2016 [1994], p.66). Pour de nombreux patients qui ont accepté d'entrer à la Villa d'Hestia, la maladie apparaît libératrice au sens où elle permet de sortir de la rue, d'abord en intégrant les Lits Halte Soins Santé. Cette sortie est temporaire mais les personnes cherchent à la pérenniser. Une projet émerge : l'obtention d'une place d'hébergement stabilisée voire d'un logement, comme permet de le comprendre la situation de Charlotte.

Charlotte a une cinquantaine d'années. Elle est l'une des rares femmes que j'ai rencontrées et avec qui j'ai échangé à la Villa d'Hestia[310]. Début 2015, elle est hospitalisée à l'hôpital de la Croix-Rousse, à la suite d'une hépatite fulminante, qui l'a conduite à subir deux greffes du foie – la première s'étant conclue par un rejet. Après cinq mois d'hospitalisation, elle est orientée vers l'établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) du Val-Rosay, dans les Monts du Lyonnais, où elle demeure un mois. Son hospitalisation lui donne la « force » de quitter son mari violent : « Je pense que ce qui m'a donné la force c'est quand je suis tombée malade. Je pense que c'est ça qui m'a donné la force de partir. Je me suis sentie soulagée de pas retourner avec lui, de pas revivre tout ça. » La maladie opère une libération, celle de l'emprise du mari violent, même si elle ouvre sur une phase de sans-abrisme : « Pour certaines d'entre elles qui se sont senties *homeless-at-home,* le sans-abrisme au sens littéral apporte avec lui la dépravation matérielle et la perte d'identité, mais il peut aussi représenter un degré de liberté par rapport à leurs expériences au domicile en tant que femmes ou filles » (Wardhaugh, 1999, p.106, je traduis). Charlotte, qui a décidé de ne pas rentrer dans l'appartement qu'elle partage avec son mari est hébergée successivement chez son frère puis chez sa mère[311]. Cette phase dure deux mois mais les relations avec les membres de sa famille sont difficiles. Elle décide de ne pas y rester et se retrouve alors sans hébergement. C'est l'été

[310] En 2015, les hommes représentaient 86% des patients admis à la Villa d'Hestia. Au niveau national, en 2013, 79,3% des patients admis aux Lits Halte Soins Santé sont des hommes (Picon & *al.*, 2013, p.63). Ces chiffres sont supérieurs à ceux de la dernière enquête INSEE de 2012 où les hommes représentent 62% des sans-domicile francophones (Yaouancq & *al.*, 2013). L'enquête statistique note que « la proportion de femmes diminue lorsque l'âge augmente (48 % parmi les 18-29 ans, 31 % parmi les plus de 50 ans) » (*Ibid.*) ce qui pourrait expliquer leur faible représentation aux Lits Halte Soins Santé où la moyenne d'âge des patients est située autour de 50 ans (48,15 à la Villa d'Hestia en 2015).

[311] À la fin des années 1990, Maryse Marpsat soulignait à la fois « l'importance des séparations familiales et tout particulièrement conjugales parmi les raisons qui conduisent les femmes à se retrouver à la rue » mais aussi que « l'hébergement temporaire chez un tiers, après le départ du logement parental ou conjugal, est fréquent pour les femmes » (Marpsat, 1999, p.898).

2015. Elle passe des nuits en alternance dans un camping et des hôtels de Villefranche-sur-Saône, ville où elle a toujours vécu, et continue de chercher une solution pérenne avec son assistant social de la Maison du Rhône. Faute de places d'hébergement, son assistant social prend contact avec une consœur de l'hôpital de la Croix-Rousse qui a suivi Charlotte lors de son hospitalisation. Ensemble, ils élaborent une demande d'admission à la Villa d'Hestia. Même si sa situation relève maintenant d'une pathologie chronique, l'existence de places disponibles et le lourd traitement qu'elle continue de suivre à la suite de sa greffe favorisent son entrée, comme je le comprends lors d'une réunion d'équipe. Charlotte, comme les autres patients, se présente à l'établissement, en novembre 2015, avec peu d'informations. Elle apprend seulement, via l'assistante sociale de l'hôpital de la Croix-Rousse, qu'il s'agit d'un « foyer pour personnes sans abri malades ». Elle n'a pas plus d'éléments. L'entrée est déstabilisante et les premiers temps sont difficiles à vivre comme elle me le raconte :

> CHARLOTTE : Le tout début ici, c'était chaud ! Je pleurais tous les jours, je m'enfermais, c'était… j'étais perdue en fait ! J'étais perdue, je ne savais plus où j'étais. Dans quelle structure je suis rentrée ? Je me posais plein de questions. C'est normal quand on rentre dans un endroit qu'on ne connaît pas, on se dit : « Où je suis ? Avec quelles personnes je vais avoir plus d'affinités ? » On se pose plein de questions. J'ai mis du temps. Petit à petit j'ai eu confiance, ça allait mieux […]. Quand je suis arrivée ici… où je suis ? Qu'est-ce que je fais là ? On se pose des questions. Après, j'ai vu qu'il y avait pas mal d'hommes, je me suis dit : « Ah ouais d'accord, je vais me mettre dans un coin. » Donc je suis restée dans un coin un petit moment et puis le médecin il m'a prévenue : « Vous êtes la seule femme, faites attention. » Je lui ai dit : « Ne vous inquiétez pas, je suis très méfiante donc je ne parle pas avec n'importe qui. » J'ai toujours été comme ça, très méfiante. Il m'a averti en me disant gentiment. J'ai dit : « Je sais, ne vous inquiétez pas. » Il y en a ils m'avaient déjà repérée [*sourire*]. Bon je ne vais pas dire de nom mais je l'ai dit à l'éducateur. Au début, ça me prenait un peu la tête, je ne disais rien, je ne disais rien. À un moment j'en ai eu marre, j'ai vu l'éducateur je lui ai dit […]. C'est une personne qui me regardait bizarrement. Je sortais de ma chambre, il était au bout du couloir comme ça à me regarder [*elle mime un regard soutenu en s'approchant de moi*] ou il me suivait. Voilà. C'était un peu chaud. J'en ai parlé avec l'éducateur.

À l'expérience déstabilisante de l'entrée dans une institution inconnue, s'ajoute pour Charlotte la confrontation à un environnement masculin. Les premiers jours ressemblent à ceux de tout « étranger » (Schütz, 2008) pénétrant dans un milieu inconnu, peut-être hostile sous certains aspects : elle ne peut pas s'appuyer sur des expériences passées ; c'est la première fois qu'elle intègre une institution réservée aux sans-abri, elle ne maitrise pas les codes de ce type d'institution, les « recettes passées » ne permettent pas d'interpréter ce qui se joue dans ce monde social. Le trouble semble exacerbé par le fait qu'elle est l'une des seules

femmes dans un environnement où les hommes sont majoritaires. Mais il est partagé, selon des intensités variables, par toutes les personnes qui entrent pour la première fois dans une institution d'hébergement. Carolyn Grimard (2011, p.229) évoque par exemple le « choc » de l'entrée dans les refuges montréalais et Pascale Pichon écrit, à propos des premiers pas à l'asile de nuit : « Les épisodes d'entrée à l'asile de nuit racontés par les personnes qui venaient d'en faire l'expérience pour la première fois étaient saisissants, et pas seulement rhétoriques. L'absolue étrangeté du monde dans lequel ils avaient pénétré – codes de communications, usages et pratiques – les obligeait à se situer par rapport aux autres de manière à ne pas risquer une sorte de contamination » (Pichon, 2010, p.79-80).

Progressivement, Charlotte se familiarise avec l'institution et les personnes qui y vivent. Elle se lie d'amitié avec José, qu'elle continue d'ailleurs d'appeler pour discuter, même après son départ de la Villa d'Hestia pour un foyer-logement non médicalisé pour personnes âgées. Au moment où on fait l'entretien – à la fin du mois de décembre 2015 – la maladie, qui lui a donné la force de quitter son mari et lui a permis d'intégrer les Lits Halte Soins Santé, est toujours là. Mais pour elle, l'essentiel est ailleurs. En entrant à la Villa d'Hestia, Charlotte voit une occasion de « reprendre une vie normale » et ne veut pas la manquer. Une « vie normale » c'est une vie dans un logement loin de son futur ex-mari – à l'époque où je la rencontre, elle entreprend des démarches pour divorcer. Son séjour à la Villa d'Hestia l'amène à prendre une décision importante : elle souhaite rester dans l'agglomération lyonnaise et ne veut pas retourner à Villefranche-sur-Saône où elle a vécu et où il vit toujours. Elle tient à maintenir cette distance qu'elle estime protectrice :

> CHARLOTTE : Je veux être à Lyon, je ne veux pas retourner sur Villefranche, c'est clair et net ! Je sais que ça recommencera, qu'il reviendra m'harceler. Ça va me suivre toute ma vie, ça je le sais, je n'en serai jamais débarrassée. J'en suis consciente. Mais rester à Lyon ça me protège de lui. Et le jour où je vais revoir ma fille et les personnes que j'aime, je les reverrai. Pour l'instant, je n'ai pas envie. Faut que je pense à moi. On me l'a dit : « Pensez à vous ! » J'ai tellement entendu ça que c'est rentré. Et c'est vrai, c'est important, autrement je ne m'en sortirai pas. Je peux replonger et je n'ai pas envie.

La sortie de la rue, qui est ici aussi une sortie de l'emprise d'un mari violent, est un processus complexe et fragile. Elle peut « replonger ». Comme l'analyse Pascale Pichon (2011) à partir de ses rencontres avec Tierry Torche, c'est « bien plus les modes de composition et de recomposition, d'arrangement et d'aménagement de ces multiples liens immatériels ou matériels qui introduisent les enjeux de la sortie de la rue. Ils engagent la continuité *et* la

discontinuité biographique » (Pichon & Torche, 2011, p.261). Cette recomposition des liens se traduit par le maintien de la coupure avec son mari. Elle se traduit également par une reconfiguration de sa relation avec sa fille cadette, âgée de 15, qui vit dans un foyer à Villefranche-sur-Saône. Charlotte l'appelle régulièrement et lui rappelle à chaque fois de ne rien dire à son père qu'elle continue de voir. Elle me précise qu'elle a également demandé à sa fille d'effacer l'appel après chaque coup de téléphone et d'enregistrer son numéro sous un faux nom pour qu'il ne tombe pas dessus si jamais lui venait l'idée de fouiller dans le portable de sa fille. À ces relations s'en ajoutent de nouvelles, celles avec l'assistante sociale et l'éducateur spécialisé de la Villa d'Hestia qui l'accompagnent dans la recherche d'une solution pérenne. L'entrée dans l'institution représente une opportunité, non pas en termes de soins – même s'il est plus facile de suivre son traitement ici que dans une tente, comme on le verra dans le chapitre 4 –, mais pour sa vie personnelle qu'elle projette dans l'agglomération lyonnaise et éloignée de son mari. En restant à la Villa d'Hestia, la sortie de la rue et l'accès au logement constituent une « fin-en-vue » qui émerge en même temps que les moyens pour l'atteindre (Dewey, 2011).

Si je me suis focalisé sur le parcours de Charlotte, c'est parce que cet horizon est partagé par d'autres patients. Ces derniers discutent souvent, entre eux, de l'après Villa et de leur désir de ne pas retourner à la rue. Cependant, comme nous le verrons dans le chapitre 4, ces espoirs peuvent être déçus puisque la majorité des sorties des Lits Halte Soins Santé ouvre sur des situations précaires : « 25 % des sorties se réalisent vers les structures d'hébergement d'urgence et 22 % vers la rue. Entre l'hébergement d'urgence et le retour à la rue, 47% des patients retrouvent donc des conditions de vie très précaires à la sortie du LHSS » (Picon & *al.*, 2013, p.56). Comme nous le verrons dans le chapitre 4, ce décalage entre les projections des patients et les motifs de leur admission peut soulever des tensions importantes lors de la fin de séjour à la Villa d'Hestia.

c/ Quand ce qui vaut est ailleurs

Abordons un dernier cas. Certains patients ne se reconnaissent pas dans le rôle de malade qui leur est assigné et ne se projettent pas dans une sortie de la rue ou ne voient pas en quoi la Villa d'Hestia pourrait leur permettre cela. Ils refusent d'entrer dans l'institution ou partent au bout de quelques heures ou quelques jours. Peut-être ont-ils également conscience qu'un séjour aux Lits Halte Soins Santé n'est pas une garantie pour sortir de la rue et que les fins de

séjour ouvrent sur de nouvelles circulations dans le monde de l'assistance. Ce type de situation est difficile à observer mais mon enquête m'a néanmoins permis d'approcher un refus d'entrer. Nous sommes le 11 décembre 2015, en début d'après-midi. Le hall d'entrée et le coin fumeur de la Villa d'Hestia sont vides : après le repas, des patients sont sortis pendant que d'autres sont allés dans leurs chambres. Je discute avec Catherine, la secrétaire présente à l'accueil. L'accueil correspond à un bureau, situé dans un coin du large hall d'entrée, comprenant de grandes vitres qui donnent justement sur le hall mais aussi sur le coin fumeur et le jardin interne à l'institution. C'est depuis ce bureau que la porte d'entrée automatique peut être ouverte. Les deux secrétaires, qui se relaient d'un jour sur l'autre dans ce bureau, occupent donc une place centrale. Elles jouent le rôle de *gatekeeper/gateopener*[312] et se rapprochent, au sein de l'institution, de la figure du « personnage public » au sens où l'entend Jane Jacobs (Jacobs, 1991 [1961], p.77). Elles discutent autant avec les professionnels qu'avec les patients, elles sont sollicitées par les uns et par les autres, et possèdent de multiples informations qu'elles mettent en circulation dans la structure.

En ce début d'après-midi, nous sommes donc en train de discuter à l'accueil quand la sonnette de la porte d'entrée retentie. Catherine l'ouvre depuis le bureau en appuyant sur un bouton. Un ambulancier déboule, de manière précipitée il vient dans notre direction et nous interpelle : « Bonjour. J'amène une personne mais elle ne veut pas rentrer. Elle est partie, je ne sais pas quoi faire… » La secrétaire comprend de quoi il s'agit : il est prévu qu'un homme de nationalité polonaise arrive cet après-midi en provenance de l'hôpital de la Croix-Rousse. Elle répond à l'ambulancier qu'elle va chercher des collègues qui vont aller à la rencontre de cet homme. L'éducateur et une aide-soignante s'en chargent. Je n'ose pas les accompagner, cela me paraît compliqué d'arriver à trois devant une personne qui ne veut pas rentrer dans l'établissement. Je reste donc dans le bureau de la secrétaire et interroge l'ambulancier qui nous raconte ce qu'il s'est passé : « Déjà à l'hôpital il trainait, il disait qu'il ne voulait pas venir. » D'après ce qu'il nous raconte, il a fallu plusieurs minutes pour convaincre l'homme de monter dans l'ambulance. Je lui demande s'il lui a expliqué pourquoi il ne voulait pas venir : « Je ne sais pas. Tout le trajet il râlait, il ne voulait pas venir ici. Il a dit qu'il était déjà venu et qu'il ne voulait pas y retourner. » Effectivement, l'homme a déjà séjourné à la Villa

[312] Je reprends ces rôles à Mathieu Berger qui les distinguent en prenant l'exemple d'une école maternelle en contexte urbain où le gardien prend soin d'accueillir les enfants et de vérifier que tout le monde est bien arrivé avant de refermer les grilles. Ce travail d'ouverture et de fermeture de l'espace mérite l'attention car il permet l'expérience d'un vivre-ensemble entre les enfants. Je me réfère ici à son intervention dans le cadre de l'école thématique CNRS, « Pragmatisme et enquêtes empiriques en sciences sociales : sur le terrain du politique », Porquerolles, juin 2019.

d'Hestia, il y a cinq ans. L'ambulancier est remonté : « À peine garé, il est parti. Je l'ai appelé, il a tracé. Je ne savais pas trop quoi faire. J'ai appelé mon patron, il m'a dit de venir vous prévenir. Faut que je reparte. J'ai d'autres clients et il m'a déjà mis en retard avec tout ça ! » Il demande à la secrétaire si elle peut lui faire un papier attestant qu'il a bien amené la personne. Cette dernière n'étant pas rentrée, elle vérifie par téléphone auprès de la cadre de santé si elle peut rédiger l'attestation. Ce doit être bon puisqu'elle imprime et tamponne un document qu'elle donne à l'ambulancier. Il la remercie et part en nous disant : « Bon courage ! » L'éducateur et l'aide-soignante reviennent quelques minutes plus tard. Ils sont seuls, l'homme n'est pas avec eux. Ils sont restés environ un quart d'heure dehors.

L'éducateur nous résume la rencontre : « Il nous a dit qu'il est venu il y a cinq ans et qu'il n'avait pas aimé "l'atmosphère". C'est ce qu'il a dit. » L'aide-soignante ajoute qu'ils ont essayé de lui faire comprendre que c'était important de « se reposer après l'hospitalisation » et que si ça ne lui allait pas, il pourrait repartir. Ils l'ont également informé que s'il changeait d'avis dans l'après-midi ou ce soir il pourrait revenir, il aurait encore sa place. Ils sont pratiquement certains qu'il ne reviendra pas, comme l'exprime l'éducateur : « Ça m'étonnerait qu'on le revoie. Il était au tram là. Il va repartir voir des potes, aller à son *spot.* » Je leur demande alors si ce genre de situations arrive souvent. L'aide-soignante, la plus ancienne à la Villa d'Hestia, me répond : « De temps en temps ça arrive. Là ça faisait un moment qu'il n'y en avait pas eu. Il y a ça et puis ceux qui partent au bout de quelques jours. » Dans ce dernier cas, le patient entre dans l'établissement, y reste quelques heures ou quelques jours[313] et quitte l'institution avant la fin des soins. Soit il part sans prévenir les professionnels et le cas est classé comme « fugue » (8% des motifs de sortie en 2015[314]) ; soit en informant les professionnels et il s'agit alors d'une « sortie de lui-même » (7% des motifs de sortie en 2015[315]).

Aussi fragmentaire[316] soit-elle, cette situation permet d'esquisser une hypothèse quant à ce qui vaut pour cet homme. Quand l'éducateur explique pourquoi cet homme a refusé de rentrer il mentionne qu'il n'aimait pas « l'atmosphère », en précisant bien que c'est le terme qu'il a

[313] Les documents ne permettent pas de calculer la durée moyenne de ces courts séjours.
[314] Rapport d'activité 2015, Villa d'Hestia.
[315] *Ibid.*
[316] C'est la seule fois que j'ai pu appréhender un refus d'entrée. En effet, d'un point de vue méthodologique, comment observer et comprendre, depuis l'institution, le refus d'une personne d'entrer dans cette même institution ? Pour cela, il aurait fallu suivre les personnes sans abri entre le monde de l'assistance et le monde médical.

lui-même employé. Il n'évoque pas – ou les professionnels ne rapportent pas – qu'il s'estime en bonne santé et qu'il considère qu'il n'a pas besoin de soins. Le refus d'entrer à la Villa d'Hestia est semble-t-il justifié par l'environnement de la prise en charge. Il semblerait que l'homme refuse d'intégrer les Lits Halte Soins Santé car il connaît cette institution pour y être déjà venu et ne souhaiterait pas y rester. Comme le rapporte l'éducateur, il n'aime pas « l'atmosphère ». En l'état il est impossible de décrire ce que recouvre ce terme. Il renvoie peut-être aux professionnels et aux patients qu'il a côtoyés il y a cinq ans, aux règles qui régissent le quotidien (par exemple l'interdiction de sortir avant 13h) ou à l'aménagement de l'espace (par exemple le risque de se retrouver dans une chambre double). Le non-recours à une institution peut être lié aux représentations que les personnes s'en font ou aux expériences qu'ils y ont eues (Lévy, 2015). Mais il peut aussi être lié à ce(ux) à quoi les personnes tiennent et qui risque d'être fragilisé par un départ dans une institution. Élodie Jouve décrit par exemple très bien les craintes que peuvent avoir les personnes sans abri et les risques qu'une hospitalisation peut représenter :

> « Être malade au point de nécessiter une hospitalisation n'est pas sans conséquence, en dehors des répercussions sur l'état de santé. À l'opposé de l'hôpital-hôtel dont les SDF sont suspectés de faire régulièrement usage, être hospitalisé entraîne souvent une coupure avec le monde de la rue. Cela peut être saisi comme une opportunité par certains, lorsque la maladie se présente à eux comme une sortie de la rue. Pour de nombreux autres, il n'y a que la maladie […]. La coupure engendrée par l'hospitalisation induit surtout une coupure avec le milieu de la rue. Les alliances sont fragiles, et les liens qui attachent un nouveau venu à un groupe peuvent se rompre à la moindre occasion, ici l'hospitalisation » (Jouve, 2008, p.376)

On comprend, sous un autre angle, pourquoi les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital considèrent et présentent aux professionnels du monde médical les sans-abri comme des *personnes attachées*. De peur de se couper de relations qui comptent pour eux, les sans-abri peuvent refuser d'entrer dans une institution. Édouard Gardella va dans le même sens quand il explique le non-recours à l'hébergement par le fait que les personnes sans abri ont réussi à *habiter* des lieux dans l'espace public (Gardella & Arnaud, 2018 ; Gardella, 2018). Aller dans une structure d'hébergement reviendrait pour les personnes sans abri à quitter leur « *home territory* » (Cavan, 1966), leur territoire d'attaches, un territoire où se sont tissés de multiples relations et attachements devenus essentiels pour les personnes. Ce à quoi les personnes tiennent dans ces environnements est aussi ce qui leur permet de tenir (Bidet, Quéré & Truc, 2011 ; Hennion, 2010 et 2013), ce qui leur permet d'assurer de façon paradoxale le maintien de soi (Pichon, 2010 ; Girola, 2011). Après son hospitalisation, c'est

peut-être ce que s'en va retrouver cet homme, son territoire avec ses relations humaines et non humaines, son « spot » comme dit l'éducateur. Pour lui ce qui vaut actuellement se trouve ailleurs, dans un autre environnement qu'il souhaite rejoindre. Ainsi, si la maladie peut être libératrice au sens où les malades y voient une opportunité pour accéder à un hébergement et sortir de la rue, elle peut aussi constituer un risque potentiellement synonyme de « destruction », pour reprendre la typologie élaborée par Claudine Herzlich (1996 [1969]) des représentations sociales de la maladie. Ici, la maladie « s'accompagne tant de la destruction des liens avec les autres que de pertes diverses dans ses capacités et dans ses rôles » (Adam & Herzlich, 2016 [1994], p.65). Craignant de ne pas retrouver ce qu'il était, ses liens et ressources qui lui permettaient de faire face à la vie à la rue, l'individu « s'efforcera alors de lutter de toutes ses forces contre une telle situation, au besoin en niant l'existence de la maladie tant que cela est possible » (*Ibid*., p.66). C'est ainsi qu'on peut comprendre pourquoi « les SDF ne reconnaissent souvent la réalité de la maladie qu'à partir du moment où celle-ci devient un handicap, c'est-à-dire lorsqu'elle les empêche de faire ce qu'ils jugent indispensable. Pour beaucoup, s'il n'y a pas de handicap, c'est qu'il n'y a pas de maladie » (Benoist, 2008, p.21). Ainsi, même si les personnes sans abri ne sont pas associées à la prise de décision concernant leur orientation aux Lits Halte Soins Santé elles peuvent, en dernière instance, refuser d'y entrer si tant est que leur corps leur permette de se déplacer sans entraves[317].

***

La dernière section de ce chapitre a permis de mettre en avant des processus d'étiquetage (Becker, 1985 [1963]) des sans-abri comme des « malades » ou des « personnes en mauvaise santé », accomplis par des professionnels de l'urgence sociale. Cet étiquetage peut favoriser l'entrée dans des institutions d'hébergement non médicalisées et est indispensable pour entrer aux Lits Halte Soins Santé. On décèle ici la tendance d'un accès à l'hébergement favorisé pour les personnes malades. Elle se développe à la croisée de deux évolutions : d'une part, la médicalisation du problème public du sans-abrisme qui se traduit par l'émergence de structures d'hébergement dédiées aux soins des sans-abri (lits de repos, Lits Halte Soins Santé et Lits d'Accueil Médicalisés) ; d'autre part, le décalage entre le nombre de place

[317] Je n'ai pas observé de personnes contraintes, en raison de leur état de santé, à rester dans l'institution alors qu'elles auraient voulu la quitter.

d'hébergement disponibles et le nombre de demandes qui peut entrainer la de critère de priorisation dans plusieurs grandes agglomérations françaises. Mais si les sans-abri sont cadrées par les professionnels de l'urgence sociale comme des personnes en mauvaise santé, il importe également de comprendre comment eux-mêmes se définissent en entrant dans ces institutions. C'est ce que j'ai essayé de faire en m'arrêtant sur l'entrée aux Lits Halte Soins Santé. Les cadrages opérés par certains patients reposent sur des dimensions sanitaires (la reconnaissance du statut de malade et du besoin de soins) et sociales (l'obtention d'une place d'hébergement stabilisée ou, mieux encore, d'un logement) qui s'accordent ou sont en décalage avec ceux réalisés par les professionnels. Dans ces derniers cas, les personnes peuvent refuser d'entrer dans l'institution ou y rester seulement quelques heures ou quelques jours avant de la quitter. Elles peuvent aussi accepter d'intégrer l'institution mais en donnant un autre sens à leur entrée, en ne se projetant pas tant sur le soin que sur une sortie de la rue. Ces différents cadrages invitent dès lors à se concentrer sur la vie quotidienne dans l'institution et analyser les interactions qui s'y déroulent comme je vais le faire dans la prochaine partie de la thèse.

Conclusion de la première partie

L'accès aux soins des personnes sans abri s'accomplit entre deux mondes sociaux, le monde médical et le monde de l'assistance. Le chapitre 2 s'est intéressé au monde médical et, plus particulièrement, à l'institution hospitalière. J'ai commencé par montrer comment les patients sans abri y sont *préjugés* par les professionnels hospitaliers. À partir de quelques caractéristiques physiques, ils leur assignent une « étiquette SDF » (Bresson, 1997) et anticipent les difficultés qu'ils vont leur poser ou qu'ils rencontreraient au quotidien. Les patients ne sont pas pensés dans leurs singularités mais sont rattachés à un groupe social qui gomme les particularités propres à chacun. Dans les services d'urgences, ce type de cadre de l'individu s'inscrit dans un contexte institutionnel qui contraint les durées d'interaction. D'autres définitions des patients sans abri existent à l'hôpital, comme on l'a vu avec cette cadre de santé qui recherche dans le réseau personnel d'un patient une solution pour éviter le retour à la rue à la fin de l'hospitalisation. Cependant, la création de deux dispositifs hospitaliers, Interface SDF et de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, nous indique que si ce type de cadrage n'est pas exclusif il est dominant à l'hôpital. Les professionnels de ces équipes s'engagent dans un travail de *recadrage* des patients sans abri. Ils les accompagnent dans le monde médical, les présentent afin qu'ils ne soient plus considérés comme des *personnes préjugées* mais comme des *personnes attachées*. Il faut ici entendre le terme « attaché » comme ce qui « relie » (Micoud & Peroni (dir.), 2000) les personnes à d'autres individus, à des lieux, à des objets, à des habitudes, *et cætera*. C'est par exemple la dépendance à la voiture personnelle, qui est aussi le lieu de vie, ou l'inscription dans un centre d'hébergement ou des infirmiers libéraux peuvent passer pour accomplir des soins. Les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, en endossant un rôle de porte-parole lors des consultations médicales, ramènent ces particularités qui constituent des prises, des appuis pour définir et accomplir les soins.

Le chapitre 3 fut consacré au monde de l'assistance et, plus spécifiquement, aux institutions d'hébergement de l'urgence sociale. J'ai proposé une analyse des imbrications entre

vulnérabilités sociales et vulnérabilités sanitaires à trois niveaux. Le premier niveau est institutionnel. En retraçant la place de l'accès aux soins au sein de l'association lyonnaise le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, j'ai montré comment les activités et les dispositifs sanitaires se sont développés au cours de son histoire. On a pu saisir, au niveau local, les effets de la médicalisation du problème public du sans-abrisme. Les personnes sans abri accueillies sont aussi définies (par les professionnels et à travers des politiques publiques) comme des personnes ayant besoin de soins multiples (accompagnement à l'hôpital, « repos » sur des lits éponymes, médicaments, hygiène, *et cætera*).

Le deuxième niveau correspond aux pratiques professionnels. L'application, en partie, du principe de continuité de l'hébergement, à la suite d'une mobilisation des professionnels de l'urgence sociale à Lyon, a favorisé l'accompagnement aux soins des sans-abri hébergés dans des centres non médicalisés. J'ai analysé comment les hébergés à soigner sont appréhendés comme des *personnes à rattacher* à des collectifs de soins situés. Il s'agit de constituer un réseau local de professionnels de santé autour de la personne mais aussi autour des institutions où elle est hébergée. Des relations se nouent avec, par exemple, des infirmiers libéraux, des pharmaciens ou des analystes médicaux. Chaque membre de ce réseau est pensé comme un potentiel appui et comme un potentiel facilitateur pour l'accès aux soins.

Le troisième et dernier niveau est individuel. Dan un contexte de manque de place d'hébergement, l'étiquetage des sans-abri, par des professionnels, comme des personnes malade ou ayant des problèmes de santé peut permettre l'accès à l'hébergement dans des institutions médicalisées et même non médicalisées. Cependant, comme nous l'avons vu en s'intéressant à l'entrée des patients sans abri aux Lits Halte Soins Santé, ces derniers peuvent se définir à la fois des personnes ayant besoin de soins mais aussi autrement. Elles peuvent refuser d'y aller ou accepter d'y entrer en envisageant leur séjour comme une étape vers une sortie de la rue.

Je propose, dans la deuxième partie de la thèse, de décrire et d'analyser le quotidien à la Villa d'Hestia et les relations de soins qui s'y accomplissent.

Partie 2 – Quand le patient habite le lieu de soins

Aux circulations des professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital entre le monde de l'assistance et le monde médical, aux déplacements que j'ai opérés, dans la partie 1, entre différentes périodes historiques et différents lieux, succède une seconde partie focalisée et ancrée dans un environnement relativement délimité : la Villa d'Hestia. Elle est située à Villeurbanne, à une dizaine de minutes en tramway de la gare Part-Dieu, la plus grande gare lyonnaise ; l'arrêt de tramway (« Reconnaissance-Balzac ») est à une cinquantaine de mètres. La Villa d'Hestia se repère rapidement. Dans un quartier tout en hauteur, avec des immeubles de plusieurs étages, elle est le seul bâtiment tout en longueur, de deux étages seulement ; le rose pâle de ses murs accentuant lui aussi sa visibilité. De l'extérieur, il est difficile d'imaginer l'intérieur et ce qu'il s'y passe. En son sein on y trouve des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) et des Lits Halte Soins Santé (LHSS). Mon enquête a été menée au sein des LHSS ; même si, comme nous le verrons, quelques références seront faites aux ACT, à leurs professionnels et à leurs résidents, cette partie est consacrée aux LHSS[318].

L'origine des LHSS remonte à fin 1993 : en parallèle des emblématiques équipes mobiles d'aide du Samusocial de Paris, Xavier Emmanuelli crée le Centre d'Hébergement d'Urgence et de Soins Infirmiers (Gardella, 2014a, p.250). Dans ce centre se trouvent des « lits infirmiers » qui seront pérennisés par une circulaire nationale en 2006 sous l'appellation de « Lits Halte Soins Santé ». Les LHSS de la Villa d'Hestia ont ouvert leurs portes en décembre 2007 ; ce sont les seuls Lits Halte Soins Santé de l'agglomération lyonnaise. Pour reprendre les termes de la circulaire officielle, ils accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une

[318] C'est pourquoi, la « Villa d'Hestia » renvoie dans cette thèse aux « Lits Halte Soins Santé de la Villa d'Hestia ».

prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue[319] ». La Villa d'Hestia comprend 30 lits. Au regard des autres LHSS en France, ce type de structure est relativement rare : « Les LHSS sont majoritairement des petites structures en termes de nombre de places : près de 35 % ont moins de 5 lits ou entre 5 et 9 lits. La médiane correspond à 6 lits » et, en 2013, seuls 12,4% des LHSS possédaient plus de 20 lits (Picon & *al*., 2013, p.26). L'équipe professionnelle se compose d'une cadre de santé, cheffe de service ; d'une assistante sociale et, à partir de juin 2015, d'un éducateur spécialisé recruté pour renforcer ce qui deviendra, à partir de 2016, le « pôle social » ; d'un médecin et d'un binôme infirmier-aide-soignant quotidiennement présents pour faire fonctionner le « pôle soins » ; de deux secrétaires, qui un jour sur deux partagent leur temps entre les ACT et les LHSS, et enfin d'agents de services hospitaliers. En comptant les titulaires, les remplaçants et les stagiaires (infirmiers et aides-soignants), une vingtaine de professionnelles circulent aux Lits Halte Soins Santé. C'est au sein de cette institution que j'ai mené une enquête ethnographique entre mars 2015 et février 2016, sur laquelle je vais m'appuyer dans cette seconde partie de la thèse.

La Villa d'Hestia, pour les professionnels qui y exercent, est d'abord définie comme un « lieu de soins » : les personnes sans abri y sont admises, comme on l'a vu dans le chapitre 3, sur des critères de (mauvaise) santé et en vue de recevoir des soins. C'est un « lieu de soins » au sens d'un espace physique dont la première mission est de soigner les sans-abri. En même temps, ce « lieu de soins » est aussi un « lieu d'hébergement » : les sans-abri sont hébergés dans des chambres simples ou doubles, pour une durée initiale de deux mois maximum qui peut être renouvelée – je reviendrai en détails et à plusieurs reprises sur la durée de séjour. En restant durant plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois voire même plusieurs années dans cette institution, les personnes accueillies développent des habitudes, acquièrent une certaine aisance dans un environnement qui leur devient de plus en plus familier ; en ce sens on peut dire qu'elles *habitent* ce « lieu de soins » (Breviglieri, 1999) : « L'habiter doit d'abord être entendu dans sa dimension pragmatique : comme une manière de s'engager dans le monde et non pas de s'y situer. Une manière personnelle et intime qui fraye des voies usuelles dans le monde, en s'y accommodant par des chemins praticables et en y dessinant des

[319] « Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM) », consulté le 30 juillet 2019 : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=920D41F9F962A7AA5EC02FCFE66AE970.tpdila23v_3?cidTexte=JORFTEXT000031824723&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031824462.

paysages familiers » (Breviglieri, 2006, p.9). Cette problématique de l'habiter est centrale dans plusieurs travaux s'inscrivant dans le domaine de recherche du sans-abrisme (Zeneidi-Henry, 2002 ; Girola, 2007 ; Bouillon, 2009 ; Pichon & *al.*, 2010 ; Lion, 2015 ; Gardella & Arnaud, 2018). Elle l'est aussi dans la seconde partie de cette thèse qui s'inscrit dans la lignée de ces recherches en proposant une articulation originale entre habiter et (se) soigner ; deux dimensions dont les imbrications, dans le domaine du sans-abrisme, n'ont jusqu'à présent qu'été esquissées (Breviglieri, 2002 ; Jouve & Pichon, 2015). Pour mener à bien cette réflexion, je propose de tenir ensemble deux questions, qui émergent en miroir l'une de l'autre : que font les manières d'habiter au « lieu de soins » – c'est-à-dire à la forme du bâtiment, aux règles institutionnelles, aux professionnels qui y exercent, aux soins qui y sont définis, négociés ou accomplis ? Et, réciproquement, que fait ce « lieu de soins » aux manières d'habiter l'environnement – c'est-à-dire aux façons de s'y engager, de l'occuper et de s'en occuper, d'y vivre au quotidien ? Comme je le montrerai au fil de cette partie, répondre à ces questions engage, à la fois, une analyse des collectifs de soins qui se constituent dans cet environnement et une analyse des processus de (dé)considération des attachements des personnes sans abri.

Cette partie est composée de deux chapitres. Le chapitre 4 propose une analyse de la vie quotidienne des personnes sans abri accueillies à la Villa d'Hestia en mettant en avant l'hétérogénéité des relations de soins et leur fragilité. Le chapitre 5 s'arrête sur ce que je propose de nommer la *qualité soignante* des attachements à partir d'une enquête sur les processus de qualification des attachements aux animaux et à l'alcool de certaines personnes sans abri. Ces deux chapitres partagent une analyse de la relation de soin adoptant « une perspective résidentielle » qui ne prend pas pour point de départ « l'individu isolé » mais l'individu « dans son environnement » (Ingold, 2013, p.175). Et ils se complètent dans la manière d'appréhender cet environnement : le chapitre 4 décline la relation de soin entre les principaux êtres humains – sans-abri, professionnels, voisins – présents dans l'environnement pendant que le chapitre 5 complexifie cette relation entre humains en y intégrant la question des animaux et de l'alcool.

Chapitre 4 – Diversité et contiguïté des soins

La Villa d'Hestia est un lieu de soins, une structure dans laquelle les personnes sans abri sont admises, sur des critères médicaux. À ce titre, le soin occupe une place centrale dans l'institution : une majorité des professionnels qui y exercent sont des « soignants » ; on y trouve une « salle de soins » où les infirmiers – en tenue blanche, bleu ou vert pastel – accueillent les « patients » ; ces deniers ne peuvent pas sortir de l'établissement ou recevoir des visites avant 13h car la matinée est consacrée aux soins, « comme à l'hôpital » ; les patients, même dans les temps les plus informels, échangent longuement entre eux sur les soins qui leur sont proposés et sur leur état de santé ; et il ne s'agit là que de quelques exemples. Au sein de cet environnement, ce soin prend des formes multiples. C'est cette variété et cette diversité des soins que je souhaite mettre en lumière dans ce chapitre, autour de deux dimensions.

La première renvoie à une description des différentes relations de soins, impliquant des personnes sans abri, qui coexistent dans un même environnement – la Villa d'Hestia et le quartier dans lequel elle est située. Comme je l'ai présenté dans l'introduction générale, les recherches en sciences sociales qui se sont consacrées aux soins des sans-abri (Benoist, 2009 ; Coulomb, 2018 ; Wolff, 2018 ; Schlegel, 2019) ont limité l'analyse des relations de soins aux interactions entre des professionnels soignants (ou des bénévoles d'associations) et des personnes sans abri. Ce chapitre s'intéresse également à ce type d'interactions mais aussi aux soins qui peuvent émerger entre les personnes sans abri et entre ces dernières et des passants dans l'espace public. Le soin sera ainsi appréhendé dans le cadre « d'engagements situés » (Goffman, 2013 [1963]) sans définir *a priori* les rôles, sans présupposer qui est « soignant » et qui est « soigné ».

La seconde dimension, centrale dans ce chapitre, est d'analyser comment de ces relations émergent différentes conceptions du soin potentiellement divergentes. Laureline Coulomb (2018), en se focalisant sur la question des « malentendus » entre les sans-abri et les professionnels, a montré l'existence de différentes définitions du soin liées à des perceptions

différentes du « corps », de la « santé » et du « temps ». En m'appuyant sur mon enquête à la Villa d'Hestia, je montrerai que le malentendu sur le soin peut également émerger d'un désaccord sur ce que sont les missions de l'institution d'accueil. Ces deux dimensions seront transversales aux trois sections qui composent ce chapitre.

La première section se concentre sur les interactions entre les personnes sans abri et les professionnels et entre les personnes sans abri au sein de la Villa d'Hestia. Je montre les effets du fonctionnement de l'institution et des missions des Lits Halte Soins Santé sur les interactions ordinaires entre les murs de l'établissement. Pour le dire autrement, j'analyserai comment l'ordre institutionnel est aussi un ordre interactionnel. La deuxième section introduit une problématique qui sera centrale dans le chapitre 5 : l'alcool. Je m'arrêterai sur les bords de l'institution, dans une double acception. Les bords correspondent, d'une part, à ce qui relève ou non des missions de la Villa d'Hestia. Dans le cas que j'étudierai, la question qui se pose est de savoir si des soins en addictologie peuvent être dispensés au sein des Lits Halte Soins Santé. Les bords correspondent également aux limites physiques de l'établissement. Ils invitent à enquêter sur ce qui se passe dans l'espace public, à proximité de la Villa d'Hestia, et à évoquer le soin qui émerge dans les relations de voisinage avec des passants qui fréquentent le quartier. Enfin, la troisième et dernière section de ce chapitre interroge la fin ou l'absence de fin de séjour aux Lits Halte Soins Santé à partir des cas de deux patients : l'un qui est « remis à la rue » alors qu'il estime avoir encore besoin de soins ; l'autre qui demeure à la Villa d'Hestia dans une logique de « soins de confort ». Ce chapitre souligne ainsi la pluralité et la contigüité des soins à la Villa d'Hestia, leurs complémentarités mais aussi leurs potentielles contradictions.

Section 1 – L'état de santé : une (pré)occupation partagée

La mission des Lits Halte Soins Santé est d'accueillir et de soigner des sans-abri pour une durée variable. Ces derniers sont des patients qui ont en commun d'avoir des problèmes de santé. Cette caractéristique partagée est au centre des interactions qui se déroulent entre les murs de l'institution. Certes, toutes les conversations dans lesquelles les personnes sans abri s'engagent ne tournent pas exclusivement sur leur état de santé. D'autres sujets sont évoqués : on y parle de la vie à la rue et du désir d'en sortir, de ses expériences professionnelles passées et du monde du travail, de ses histoires de familles ou des grands titres qui noircissent les pages des journaux. Cependant, il est frappant d'observer à quel point leur état de santé et

l'état de santé des autres est une *(pré)occupation* quotidienne pour ces patients. Dans un tout autre contexte, Joëlle Zask écrit, à propos des ruelles de Montréal qu'elle a arpentées, qu'elles sont aménagées ; cela « signifie à la fois occuper et s'occuper de, veiller à, entretenir. À l'inverse de l'appropriation, l'occupation implique de préserver le lieu concerné, non d'en disposer à sa guise. La combinaison entre "occuper" et "s'occuper de" conduit au développement de manières d'être et d'agir qui préfigurent et configurent une nouvelle donne de la vie sociale » (Zask, 2019). Pour reprendre les mots de Joëlle Zask, on pourrait écrire qu'*occuper* la Villa d'Hestia signifie *s'occuper* des personnes qui y sont présentes et qui l'habitent et donc s'occuper aussi de soi ; tel est le propos de cette première section. L'analyse se fonde plus particulièrement sur les observations journalières au sein de deux espaces de l'établissement aux ambiances très différentes et où se déroulent deux configurations interactionnelles : la « salle de soins » où les infirmiers reçoivent les patients (1) et le « coin fumeur » où les patients se retrouvent et discutent (2). Dans les deux cas, l'état de santé des patients est un souci partagé.

1/ Une matinée rythmée par les soins spécialisés

En entrant à la Villa d'Hestia, les patients reçoivent ce qui s'apparente à un règlement intérieur même si la formule n'est pas employée – le document comprend deux grandes parties intitulées « la vie quotidienne » et « sécurité et engagements ». Dans la première, sous le titre « sorties », il est écrit : « **Une fois vos soins administrés et le repas de midi pris**, vous pourrez sortir de l'établissement sauf contre-indication médicale. **Les sorties sont autorisées de 13 heures à 19 heures**[320]. » Lorsqu'au début de mon enquête je demande à la cadre de santé le pourquoi de cette interdiction de sortir, elle me précise que c'est « le temps des soins » et que ce fonctionnement se calque sur celui de l'hôpital où les visites sont généralement autorisées à partir de la fin de matinée ou du début de l'après-midi. Que se passe-t-il durant ces matinées ? En quoi cette période correspond-elle au « temps des soins » ? Pour répondre à ces questions il faut prendre le temps d'observer un espace central de ces matinées : la salle de soins où les infirmiers reçoivent les patients (a). Ce qui se passe dans ce lieu m'amènera à m'arrêter sur un enjeu, déjà évoqué dans la première partie de la thèse, la diversité des formes de prises des médicaments (b). Enfin, je montrerai que si les sujets du

[320] En gras dans le document original.

départ de la Villa d'Hestia et de la potentielle entrée dans une autre institution sont régulièrement évoqués, ils ne sont jamais dissociés d'enjeux soignants (c).

a/ En salle de soins, « ça défile le matin »

Franchissons donc la porte d'entrée de la Villa d'Hestia. Elle donne sur un grand hall composé de chaises, fauteuils et tables ; deux étagères sont remplies de livres ; et une chaine-hifi faisant également office de radio est posée sur un meuble. Quand on entre, au fond à gauche, on trouve un large escalier qui monte au premier étage où sont situées la plupart des chambres ; une porte, pratiquement toujours fermée, qui donne sur quatre pièces : les bureaux de la cadre de santé, de l'assistante sociale, de l'éducateur et de la coordinatrice du Réseau Social Rue Hôpital ; à côté de cette porte, une autre reste pratiquement toujours ouverte, elle ouvre sur le réfectoire où sont pris en commun le repas de midi et le dîner à 19h, ainsi qu'une « collation » à 16h. Juste en face de la porte d'entrée se trouve le bureau vitrée de la secrétaire, duquel la porte d'entrée principale peut être ouverte ; enfin une autre porte permet d'accéder au coin fumeur et au grand jardin intérieur de l'établissement. Quand on entre, au fond à droite, un couloir donne successivement sur un ascenseur, le bureau du médecin[321], la salle de soins et quelques chambres. C'est dans cette salle de soins que la vie médicale bat son plein. Le matin, elle est le lieu de nombreuses rencontres : l'infirmier y reçoit les patients qui se présentent directement à lui ou qu'il va quelques fois chercher.

Le 30 mars 2015, lors de ma première journée sur le terrain, je passe la matinée dans cette salle de soins. Entre 9h20 et 11h15, douze patients sont venus voir l'infirmier ; au cours des autres matinées passées en salle de soins, ce sont à chaque fois entre dix et quinze patients qui sont venus sur le même créneau. Ce jour-là, les interactions ont duré, au minimum, quelques secondes et, au maximum, une vingtaine de minutes, en fonction des soins accomplis. Arrêtons-nous sur un moment de cette première matinée pour comprendre ce qui se passe dans cet espace.

[321] Durant ma période d'enquête, le médecin de la Villa d'Hestia fut longuement absent. Si une remplaçante a finalement été recrutée, durant plusieurs semaines il n'y a pas eu de médecin. C'est pourquoi, j'ai réalisé moins d'observations auprès du médecin. Les professionnels que j'ai le plus suivis furent les infirmiers et à un degré moindre les aides-soignants et les travailleurs sociaux. Comme je l'ai indiqué dans le chapitre méthodologique, j'ai commencé par suivre les infirmiers de la Villa d'Hestia car, lors de mon précédent terrain, j'avais principalement accompagné les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Au bout d'une quinzaine de jours, j'ai arrêté cette manière d'enquêter et j'ai préféré rester dans les espaces communs comme le hall d'entrée et, surtout, le coin fumeur pour faire connaissance avec les patients. J'ai principalement passé du temps avec ces derniers, que j'ai parfois suivis lors de leurs rencontres avec des professionnels. En parallèle, je participais à la réunion d'équipe médico-sociale hebdomadaire du lundi après-midi.

Il est 9h49[322]. Un patient sort de la salle de soins. Arnaud, l'infirmier, désinfecte le plateau où il a posé les différents instruments qu'il a utilisés pour faire un pansement, les nettoie et change le papier de protection qui recouvre le lit d'auscultation. La porte reste ouverte. Pendant que l'infirmier s'active, un patient frappe à la porte et rentre. Il s'agit d'un homme, âgée d'une cinquantaine d'années du nom d'Henri. Je le salue et me présente en tant qu'étudiant en sociologie. Il est d'accord pour que je reste et, après m'avoir posé quelques questions sur la sociologie, me dit que « c'est bien de faire des études ». Il pose sa veste qu'il tenait dans une main sur le porte-manteau et interpelle Arnaud qui, pendant que je discutais avec le patient, commençait déjà à préparer le matériel dont il allait avoir besoin : « Comment il va l'infirmier ? » Arnaud, tout en fermant la porte à clé, lui répond que ça va et obtient cette réponse à la même question : « J'ai la pêche, c'est le toit qui manque ! » Henri retire son pantalon de jogging et s'installe sur le lit d'auscultation. La définition de la situation est claire et partagée par les deux acteurs. Le patient n'a pas besoin de dire à l'infirmier pourquoi il est là ; ce dernier le sait et a préparé le matériel dès qu'il l'a vu entrer. À son tour, l'infirmier n'a pas besoin de dire au patient ce qu'il doit faire ; il retire de lui-même son pantalon et s'installe sur le lit d'auscultation. Je remarque qu'il a deux pansements au niveau du tibia et un troisième à l'aine ; les trois, côté gauche. Il m'explique qu'après les fêtes de fin d'année il a commencé à ressentir « comme des brûlures, comme des coups de couteaux dans les pieds ». Il ne m'en dit pas plus. Pendant ce temps, Arnaud retire les trois pansements. Il lui demande s'il a eu des nouvelles pour son logement – j'y reviendrai. Il applique une compresse pour désinfecter les deux plaies au niveau du tibia ; dès que la compresse touche sa peau, il lui demande si ce n'est pas « un peu douloureux ». « Non, ça va », lui répond le patient. Quelques secondes plus tard, quelqu'un frappe à la porte. L'infirmier, sans arrêter ce qu'il fait, dit en haussant le ton de sa voix : « Patientez s'il vous plait, c'est occupé. » Henri lui fait remarquer que « ça défile le matin » même s'il précise que ce n'est pas comme à l'hôpital, où « il y a une pression sur les infirmières, elles font tout, tout, tout. C'est hallucinant ! Et toujours avec le sourire, aucune pointe d'agressivité, ça c'est important ! » Arnaud continue son travail et, après avoir nettoyé les plaies, refait les trois pansements. Une fois qu'il les a terminés, le patient le remercie, se rhabille et quitte la salle de soins. Il est 10h11.

[322] Lors de mes observations en salle de soins, je suis assis sur une chaise et m'appuie sur le bureau des infirmiers pour écrire. À côté de mon cahier sur lequel je prends des notes *in situ*, j'ai mon téléphone portable qui me permet de préciser les horaires d'arrivée et de sortie d'un patient et de calculer les durées de certains actes et des interactions.

À peine est-il sorti qu'un autre patient rentre. Un homme, Philippe, je lui donne à lui aussi une cinquantaine d'années. Il pose une cigarette en partie consumée et éteinte sur le rebord d'une petite table. Il interpelle directement l'infirmier : « Essaye de gérer tes horaires ! ». Je comprends que c'est lui qui a frappé à la porte quelques minutes auparavant au moment où l'infirmier s'occupait d'Henri. Cette remarque permet d'aborder un point important : il n'y a pas de rendez-vous, avec un horaire précis, en salle de soins. Les patients sont reçus par l'infirmier dans l'ordre où ils arrivent. Si l'infirmier est disponible, la porte est ouverte et ils rentrent ; si la porte est fermée, le patient peut frapper ou pas à la porte et revenir plus tard, quand la porte sera de nouveau ouverte, signe de la disponibilité du professionnel. Néanmoins, s'il n'y a pas d'horaires précis, l'infirmier peut proposer des rendez-vous : il connaît les patients qui doivent avoir un suivi dans leurs soins et à quelle heure ils sont susceptibles de passer. Il tient d'ailleurs sur une feuille la liste des patients qu'il doit voir avant midi. Lors d'un temps calme, Arnaud m'explique qu'il sait, « à peu près, qui va passer et à quel moment » car les patients développent des habitudes. À l'exception d'un tout nouvel hébergé tous viennent plus ou moins à la même heure. Par ailleurs, même s'il peut y avoir des imprévus, il anticipe les taches, par exemple donner tel médicament ou refaire tel pansement plus ou moins délicat, et peut ainsi prévoir la durée des interactions. Cela lui permet de donner une heure approximative à laquelle il pense pouvoir recevoir le patient, comme il l'avait fait ce matin avec Philippe qui vient d'entrer dans la salle de soins. À l'instar de la première situation décrite, Philippe retire son tee-shirt et s'allonge sur le lit d'auscultation sans un mot. Puis, Arnaud s'approche du patient qui l'interroge : « Tu t'es bien lavé les mains ? » L'infirmier rit et lui rappelle qu'il le fait « toujours avant de commencer ». La remarque n'était pas une plaisanterie, le patient, fort sérieux, veille à ce que l'infirmier n'oublie rien. L'homme a un pansement sur le côté droit du ventre ; Arnaud le retire et observe une évolution : « Ça a bien diminué. » Il récupère une compresse et lui dit qu'il va « désinfecter la plaie ». Tout en accomplissant ses gestes, Arnaud demande au patient comment s'est passé son weekend : « Pff, je suis allé au tabac, après au PMU… [*quelques secondes de silence*] C'est quand le scanner ? » L'infirmier l'a en mémoire : « 1er avril à l'hôpital de jour à Rillieux, et ce n'est pas une blague ! » Nous rions de concert ; de manière implicite, nous savons que Rillieux-la-Pape, commune de l'agglomération lyonnaise, est relativement éloignée de la Villa d'Hestia ce qui rend le déplacement pour un scanner fastidieux. Arnaud ajoute donc qu'un taxi viendra le chercher. Philippe demande à quelle

heure ; il ne sait pas, il lui dira plus tard. L'infirmier refait le pansement en silence[323]. Une fois la tâche accomplie, Philippe se rhabille, récupère sa cigarette, ouvre la porte et s'apprête à partir. Arnaud l'interpelle : « Attendez pour votre rendez-vous. [*Il regarde sur l'ordinateur qui lui permet d'accéder au dossier médico-social du patient*] Rendez-vous à 10h, soyez prêt vers 9h ! » Cette fois, c'est l'infirmier qui veille à ce que le patient n'oublie rien. Le patient le remercie et s'en va.

En plus des soins directement réalisés, ces rencontres en salles de soins sont des occasions pour prendre des nouvelles du patient – comment il se sent, ce qu'il a fait récemment, où il en est dans ses différentes démarches notamment – et constater des évolutions – par exemple, ici, la plaie qui a diminué – mais aussi pour rappeler certaines échéances et préciser de futurs rendez-vous. Le soin ici et maintenant s'inscrit dans une temporalité plus longue, dans un enchainement de rencontres ; et celles-ci permettent de faire un point sur des éléments et des rencontres passés tout en se projetant vers un futur. C'est ici que le dossier médico-social partagé que consulte l'infirmier revêt toute son importance. Les professionnels ne sont pas présents les mêmes jours et aux mêmes heures. Ils ne voient donc pas les mêmes patients dans les mêmes contextes. Le dossier médico-social permet de coordonner les interventions dans le temps entre les professionnels. C'est ainsi que lorsque rentre un troisième patient en salle de soins, José, que j'apprendrai à connaître au fil de mon enquête, Arnaud retourne directement à l'ordinateur. Comme il me le précisera après, il a lu ce matin qu'il fallait lui prendre la tension ; c'est cette information, laissée par un infirmier durant le weekend, qu'il vérifie. Le mot inscrit dans le dossier le fait agir et lui fait prendre la tension (13.8 finalement) qu'il note, à son tour, dans le dossier. Comme il se doit, ce dernier permet de définir l'acte à accomplir tout en gardant trace de la réalisation de cet acte.

Entre 9h et 11h, en salle de soins, il y a relativement peu de « temps morts » : les patients se succèdent les uns après les autres et les quelques minutes entre deux patients permettent à l'infirmier de ranger et de nettoyer le matériel qu'il a précédemment utilisé ou de compléter le dossier médico-social.

[323] Puisque c'est le second pansement fait par Arnaud sur deux situations, précision qu'en 2015, 2190 pansements ont été réalisés par les infirmiers (Rapport d'activité de la Villa d'Hestia). Il s'agit du deuxième « acte infirmier » le plus comptabilisé après la « surveillance de température ». Rapporté au nombre de jours cela fait une moyenne de 6 pansements par jour. Il faut préciser que la distribution de médicaments n'est pas chiffrée.

b/ Prendre des médicaments

En parallèle des pansements, le second acte infirmier que j'ai le plus observé lors de ces matinées passées en salle de soins est la distribution des médicaments. Les patients concernés se présentent en salle de soins pour demander explicitement mais aussi implicitement un médicament. Les demandes implicites sont assez proches de ce que j'ai décrit précédemment pour les pansements : l'infirmier connaît le traitement du patient et le lui donne quand il le voit, sans que ce dernier ait à l'expliciter. En cette matinée du 30 mars 2015, c'est par exemple le cas de Monsieur Janik. Assis sur le lit d'auscultation, Arnaud lui retire les bandages qui couvrent ses deux poignets. Il s'exclame : « Magnifique ! » Et ajoute, en rigolant : « C'est dans des moments comme ça que je me souviens pourquoi je fais ce métier. » Il prépare de nouveaux bandages et un produit pour nettoyer les deux poignets, cela dure environ 3 minutes. Monsieur Janik me fait remarquer que la « préparation c'est plus long que le pansement » et recommande à l'infirmier de lui « mettre [son] bonbon », un médicament en poudre à dissoudre dans un verre d'eau. Arnaud ne tient pas compte de sa proposition : il commence par désinfecter la plaie et refaire les deux pansements. C'est une fois qu'il terminé cette partie qu'il prépare le médicament en vidant le sachet dans un gobelet en plastique qu'il remplit d'eau. Entre-temps Audrey, une aide-soignante, est rentrée en ouvrant la porte avec une clé. Monsieur Janik la salue et se lève pour partir. Il récupère son verre en plaisantant : « Je me sauve, sinon Audrey elle va me piquer mon bonbon ! » Il boit son verre en quittant la salle de soins.

Au cours de mon enquête, j'ai plusieurs fois entendu des personnes sans abri désigner leurs médicaments par le terme de « bonbon ». Je repense, par exemple, à cette situation vécue le 27 mars 2014, avec Fabienne, l'infirmière de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Nous allons à la rencontre de Fabrice, hébergé au Centre Gabriel Rosset, et qui passe une partie de ses journées dans l'espace public, à proximité du centre. Après avoir pris de ses nouvelles, Fabienne lui demande s'il prend le « Stablon® », un antidépresseur qui lui a été récemment prescrit par sa médecin traitante. Il lui demande de répéter. L'infirmière redonne le nom du médicament et ajoute : « Vous savez, pour le moral. » Il lui répond : « Je ne pense pas. En général, je ne prends pas si je ne connais pas. Moi je prends comme ci comme ça. C'est un peu comme des Smarties ! » Ici, la comparaison avec des bonbons illustre une certaine méconnaissance des médicaments qu'il prend ; seules la couleur et la forme changent. Même chose pour José, ce patient de la Villa d'Hestia, qui reconnaît qu'il ne sait

pas « ce qu'ils soignent », les médicaments qu'il prend. Pour lui, « ils sont blancs ou rouges et voilà ». Rien ne permet d'affirmer que c'est aussi le cas de Monsieur Janik. Sa remarque souligne d'abord que lorsque le médicament à prendre s'inscrit dans un traitement prédéfini, il n'est pas nécessaire pour le patient de le repréciser ; comme il n'a pas besoin de dire qu'il vient pour son pansement, il n'a pas besoin de dire qu'il vient prendre tel médicament. Les noms des médicaments surgissent quand le patient ne vient pas réclamer ceux qui sont prescrits. Par exemple, lors de la matinée du 30 mars 2015, José vient demander à l'infirmier un Smecta® car il a eu « la diarrhée cette nuit » ; Philippe revient voir Arnaud quelques minutes après avoir quitté la salle de soins pour demander du Gaviscon® car il se plaint de « brûlures à l'estomac ». Les patients connaissent ces médicaments et viennent en demander pour répondre à des troubles temporaires qu'ils rencontrent. On entraperçoit ici les prémisses d'une forme d'« automédication », comme pour tout un chacun, puisque les patients définissent eux-mêmes le médicament qu'ils vont prendre sans consulter un médecin (Fainzang, 2012). Cependant ici, cette forme d'automédication reste sous le contrôle d'un infirmier qui peut accepter ou refuser de donner le médicament[324]. La salle de soins, si elle n'est pas une pharmacie, permet néanmoins d'accéder sous contrôle à certains médicaments pour dépanner des problèmes momentanés. Le reste du temps, les patients vont récupérer sur prescriptions médicales leurs médicaments dans une pharmacie du quartier. Selon les besoins et les renouvellements d'ordonnance, il arrive que les professionnels demandent à un patient d'aller récupérer les médicaments pour plusieurs personnes.

Dans toutes ces situations, l'infirmier distribue des médicaments sans vérifier s'ils sont pris et comment ils sont pris : Monsieur Janik commence à boire son gobelet en quittant la salle de soins ; José fait la même chose ; et Philippe récupère deux sachets, qui se présentent sous la forme de gel à avaler, en prend un dans la salle de soins et repart avec l'autre dans sa poche. Cela ne se passe pas toujours ainsi. En fin de matinée, la cadre de santé vient voir Arnaud pour l'informer que le médecin est en arrêt jusqu'à début juin. Ils font un point sur plusieurs patients. À propos de l'un d'entre eux, Arnaud indique qu'il lui a demandé de prendre ses médicaments devant lui : « Il m'a dit "la confiance règne" quand je lui ai fait remarquer que j'aimerai le voir prendre ses médicaments. » Quelques heures plus tard, lors de la réunion d'équipe médico-sociale réunissant chaque lundi les professionnels – à l'exception des secrétaires et des agents de service hospitalier –, Arnaud précise qu'il a « trouvé une boîte de

[324] Sur l'automédication chez les sans-abri, que je n'ai pas pu observer, je renvoie aux enquêtes de Yann Benoist (2008) et Laureline Coulomb (2018).

Duphalac® [*qui ne fait pas partie de son traitement*] dans sa chambre » et qu'il ne « lui [fait] pas confiance là-dessus [*la prise des médicaments*]. Il bricole ses médicaments : il en prend un, il roule une clope, il en reprend une moitié… c'est le bordel ! » L'infirmier juge *l'incapacité* du patient à prendre « correctement » ses médicaments, c'est-à-dire à suivre le traitement qui lui a été prescrit [325]. Du cadrage des capacités des patients opéré par les infirmiers, la cadre de santé ou le médecin quand il sera de nouveau présent, dépend la manière dont les médicaments sont distribués ou pris. Les patients jugés en *incapacité* de suivre leur prescription – les professionnels disent qu'ils ne sont pas (suffisamment) « autonome » – doivent venir quotidiennement en salle de soins pour que les infirmiers les leur donnent[326]. S'ils oublient, mais selon l'importance du traitement, les infirmiers ne vont pas toujours leur rappeler de venir les prendre. C'est ce que m'affirme, le 7 avril 2015, Cyril, un infirmier. Alors qu'il est avec un patient dans la salle de soins, s'apprêtant à refaire un pansement, un autre patient frappe à la porte fermée à clé. Contrairement à Arnaud qui invitait à voix haute les patients à revenir plus tard, Cyril va ouvrir. Dans l'entrebâillement de la porte, un patient demande « [ses] médicaments ». L'infirmier lui propose de revenir dans « cinq minutes ». Au bout d'une vingtaine de minutes, et alors qu'aucun patient n'est présent dans la salle de soins, ce patient n'est toujours pas revenu. Je demande à l'infirmier ce qu'il va faire et ce qu'il fait en général dans ce type de situation. Il me répond : « Son traitement, s'il ne revient pas et qu'il le prend qu'à midi ce n'est pas grave. Suivant le traitement qu'ils ont je vais les voir s'ils ne passent pas, sinon je reprends à midi pour les responsabiliser, pour leur rappeler qu'ils doivent s'en occuper. » En effet, le repas de midi (comme celui du soir) est un autre moment où les infirmiers distribuent les médicaments aux patients qui ne les prennent pas seuls. On retrouve cette idée de responsabilisation évoquée, dans le chapitre 3, à propos de la récupération des médicaments dans une pharmacie proche du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri dans les années 1990. À cette époque, le Point Santé avait modifié ses horaires et essayé de nouer une relation privilégiée avec un pharmacien du quartier pour faciliter les

[325] Dans le même ordre d'idée, Patrick Declerk rappelle la décision prise quant au traitement de l'épilepsie entre 1988 et 1992 à la « consultation pour sans-abri » de Nanterre, lorsqu'il y travaillait avec Patrick Henry : « La politique de la consultation est de ne pas traiter l'épilepsie. Il y a de bonnes raisons à cela. Les médicaments antiépileptiques sont de puissants psychotropes, d'un maniement délicat. La posologie doit être strictement observée. Et leurs effets sont potentialisés par la prise d'alcool. Traiter en ambulatoire l'épilepsie de cette population équivaudrait à lui délivrer des médicaments dangereux, sans que l'on puisse exercer un contrôle quelconque sur la prise […]. Le traitement étant au long cours et la présence du patient par définition aléatoire, le choix a été fait de ne pas traiter l'épilepsie » (Declerck, 2001, p.78).

[326] Durant mon enquête, il existe un patient, Monsieur Palay, aphasique et partiellement paralysé, qui n'est pas en mesure de prendre seul des médicaments. Ce sont toujours les infirmiers et les aides-soignants qui l'aident à les prendre. Je présenterai plus longuement la situation de ce patient dans la section 3 de ce chapitre.

capacités des personnes sans abri à aller se les procurer avec leurs ordonnances. Si Cyril met en avant l'individu qui doit se « responsabiliser », la situation invite à repenser la prise des médicaments dans une perspective écologique : il est venu en salles de soins mais l'infirmier étant pris ne les lui a pas donnés.

D'autres patients, au contraire, gèrent seuls leurs traitements car les professionnels reconnaissent leurs capacités à suivre leur prescription. Dans ces cas, il existe plusieurs formes de prise des médicaments. Dans l'une d'elle, le patient remplit un pilulier quotidien voire hebdomadaire, avec l'aide d'un infirmier, et n'a plus à venir en salle de soins pour les récupérer. C'est par exemple le cas de José qui descend tous les lundis pour faire son pilulier de la semaine. D'autres, mais ils sont plus rares, gèrent les prescriptions sans les infirmiers. Ils conservent les médicaments dans leurs chambres et les prennent de leur propre initiative. Lors de certaines réunions d'équipe ces patients sont parfois qualifiés par les professionnels comme « autonomes », voire comme des « experts ». C'est le cas, par exemple, de Charlotte. J'ai présenté son entrée à la Villa d'Hestia dans le chapitre 3. Charlotte a eu une hépatite fulminante. Durant son hospitalisation elle a pris la décision de quitter son mari violent et, après avoir été hébergée chez des proches, s'est retrouvée à la rue. Avant d'entrer aux Lits Haltes Soins Santé elle a dormi durant plusieurs semaines dans une tente, installée dans un camping municipal. Durant cette période elle continuait de prendre minutieusement son traitement, comme elle me l'explique lors de l'entretien qu'elle m'a accordé :

> CHARLOTTE : J'ai géré. J'ai géré. J'allais les chercher à la pharmacie, j'ai géré mes médicaments. Alors après, je les mettais dans un pilulier et je gérais […] J'avais mon Almogram®, à 6h du matin, donc je mettais mon réveil. Après j'avais deux Cellcept® à 8h, j'avais un Kardégic© à midi, et le soir je prenais le Cellcept® à 8h du soir. Et après ça recommençait. Je mettais tout dans un pilulier, jour après jour. C'est un peu chiant de laisser les médicaments dans les boîtes, autant utiliser un pilulier, comme ça c'était à côté de moi et je mettais mon réveil parce que c'est à heure bien précise : 6h du matin et après 8h.

Malgré les conditions d'habitat précaire, Charlotte a continué à prendre son traitement comme d'autres personnes sans abri. En effet, contrairement à une idée reçue, « le fait de perdre son logement n'implique pas la perte définitive de la cohérence de ses actes de santé. Preuve en est, la proportion importante de personnes sans domicile atteintes d'une maladie chronique qui prennent un traitement quotidiennement — 79,6% chez des malades épileptiques […], 87 % chez des diabétiques dont 37 % par insuline […]. Ces résultats ont impressionné les spécialistes de ces maladies : ils vont à l'encontre des idées reçues sur l'observance au

traitement des sans-domicile et soulèvent l'intérêt de leur prescrire un traitement, même si cela ne semble pas évident pour certains praticiens » (Gardella, Laporte & Le Méner, 2008, p.37). En arrivant à la Villa d'Hestia, les professionnels se sont rendus compte que Charlotte était « observante » c'est pourquoi elle garde ses médicaments dans sa chambre et les prend à heure fixe avec l'aide du pilulier et de son réveil qu'elle a programmé. Les termes d'observance et son envers, la non-observance (*noncompliance*), sont des catégories porteuses d'un jugement normatif quant aux pratiques des patients et à la manière dont ils prennent leurs traitements (Lerner, 1997). Peter Conrad (1985) développe ainsi la notion « d'auto-régulation » pour comprendre les pratiques et les raisons qu'ont les patients à prendre ou ne pas prendre tel ou tel médicament, à suivre ou pas la prescription d'un médecin. Le refus de suivre la prescription est loin d'être irrationnel et peut même témoigner, paradoxalement, d'une préoccupation forte pour la santé. C'est, par exemple, le cas de plusieurs patients que j'ai rencontrés et qui refusaient de prendre leurs médicaments car ils ne voulaient/pouvaient pas arrêter de consommer de l'alcool. Craignant les effets néfastes du mélange de l'alcool avec les médicaments, ils privilégient le premier au détriment des seconds. C'est par exemple le cas de Stanislas, comme on l'a vu dans le chapitre 2. C'est également le cas d'Ali, hébergé au Centre Gabriel Rosset (CGR) et que je rencontre de temps en temps dans l'espace public. Le 20 février 2014, alors que je passe un moment de l'après-midi avec lui et d'autres personnes hébergés au CGR, il m'explique : « Quand ils [*les infirmiers du Point Santé du Centre Gabriel Rosset*] me donnent les médicaments, je les garde là [*indiquant sa joue gauche*] et dès qu'ils ne regardent pas je les recrache. Je ne peux pas les prendre avec ça [*montrant les petites bouteilles de vin rouge posées sur ces cuisses*]. C'est ça mon médicament[327] ! »

c/ Préparer le départ

Retournons dans la salle de soins. Refaire un pansement s'accompagne toujours de mots : il y a ceux de l'infirmier qui annonce ce qu'il va faire en même temps qu'il commence à le faire et il y a ceux du professionnel et des patients sur l'évolution des plaies, de l'état de santé et des futurs rendez-vous relatifs aux soins, comme on l'a vu. Un autre sujet revient abondamment : celui de l'après Villa d'Hestia et des démarches administratives menées par

[327] Je reviendrai dans le chapitre 5 sur cette comparaison de l'alcool comme médicament qui est effectuée aussi bien par des personnes sans abri que par des professionnels.

les patients avec les travailleurs sociaux pour ne pas retourner à la rue. En cette matinée du 30 mars 2015, par exemple, Pierre, le premier patient que je rencontre en salle de soins, nous informe qu'il a déposé, avec l'assistante sociale de l'institution, un dossier pour une maison-relais : « J'aimerai aller le défendre devant la commission ! Mais la parole des usagers ce n'est pas trop ça, elle n'est pas prise en compte, pourtant ce sont eux les experts ! Il y a du chemin à faire… » Je découvre une personne particulièrement sensible aux questions de « participation » et qui sera à l'origine du projet photographique mobilisé dans cette thèse. Après Pierre, Henri aussi évoque son départ de la Villa d'Hestia en réponse à une question de l'infirmier qui lui demande s'il a « eu des nouvelles », sans préciser de quoi il parle. Il lui répond : « On est obligé de mettre la pression, toujours ! Je vais acheter une caravane et me mettre dans la cour de l'Hôtel-de-Ville. Si Collomb me voit tous les jours, peut-être que ça ira plus vite ! » Il ne donne pas d'information sur le logement ou le type de structure pour lequel « c'est long ». Il élargit son propos : « Ce n'est pas normal ! J'en vois des logements vides, des immeubles qui ne servent à rien. Après, je ne dis pas, il faut aussi que les locataires soient corrects, mais quand même… » L'infirmier approuve : « Ah ça c'est sûr qu'il y a plus de logements vacants que de personnes à la rue ! » Une semaine plus tard, lorsque je reviendrai à la Villa d'Hestia, on m'informera qu'Henri a quitté les Lits Halte Soins Santé pour une place dans une maison-relais. Toutes ces discussions portent sur l'un des principaux soucis des personnes sans abri accueillies aux Lits Halte Soins Santé : profiter de ce temps dans l'institution pour essayer de trouver une solution permettant de sortir de la rue, comme on l'a vu à la fin du chapitre précédent. Certes, ce travail est d'abord mené avec les travailleurs sociaux de l'institution mais les professionnels soignants ont aussi un rôle à jouer, comme en témoigne cette interaction du 17 avril 2015.

Ce matin-là, je passe un moment en salle de soins avec Cyril, un infirmier. Il reçoit Christophe, un patient que je n'avais encore jamais rencontré. Il annonce, avec joie, qu'il a une place dans « un foyer-logement » et qu'il va quitter la Villa d'Hestia dans quelques jours. L'infirmier est « très content » d'apprendre cette nouvelle et, rapidement, se tourne vers l'avenir, quand Christophe aura intégré le foyer-logement. Cyril se soucie d'abord de savoir s'il a un médecin traitant. « Pas encore » lui répond le patient. L'infirmier lui dit : « On va s'en occuper. » Il ajoute, en vérifiant dans le dossier médico-social, que le médecin remplaçant a fait une ordonnance « pour un passage d'un infirmier à domicile ». Dans les heures et les jours qui vont suivre, les professionnels vont téléphoner pour trouver un médecin traitant, chez qui Christophe devra se rendre dans quelques jours, et des infirmiers qui

pourront passer à son futur domicile. Un environnement soignant autour du lieu de vie et de la personne se met en place progressivement. Pour les personnes qui sortent du circuit de l'urgence sociale après leur séjour aux Lits Halte Soins Santé, les professionnels commencent à tisser de nouvelles relations autour de la personne et de son futur lieu de vie. Ce travail de préparation de la sortie fait écho aux pratiques des infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, analysées dans le chapitre 3 ; la différence réside dans le fait que les professionnels de la Villa d'Hestia interviennent à distance, par des appels téléphoniques, quand les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital se rendaient sur place en accompagnant les personnes sans abri. Au-delà de cette création d'un réseau de soignants, qui est un réseau de ressources pour accomplir les soins, la préparation à la vie après la Villa d'Hestia engage de multiples conseils pratiques afin que le patient continue à prendre soin de lui une fois qu'il aura quitté les Lits Halte Soins Santé.

Christophe a eu et a encore des problèmes cutanés. L'infirmier lui donne donc une série de conseils en verbalisant les gestes à accomplir : « J'aimerais que vous preniez soin de votre peau. Changez de vêtements régulièrement parce que vous avez des problèmes cutanés, ce n'est pas un luxe. » Après lui avoir lavé les pieds et les jambes jusqu'aux genoux afin de lui mettre des chaussettes de contentions, l'infirmier lui montre et lui rappelle comment s'essuyer : « Il faut bien essuyer entre les orteils [*l'infirmier essuie avec une serviette*]. Si vous ne le faites pas, il peut y avoir un début de mycose. » En arrivant aux genoux, Cyril ajoute qu'il faut « bien sécher sous les plis » et élargit son propos en donnant l'exemple des « aisselles ». Ensuite, il lui montre comment enfiler plus facilement les chaussettes de contentions. D'abord, il prend une crème qu'il étale sur les pieds et les jambes de Christophe : « Vous la laissez pénétrer une dizaine de minutes et après vous mettez les chaussettes. » Le patient l'informe que parfois les chaussettes « redescendaient » et qu'il avait « comme un garrot à la cheville ». L'infirmier lui explique qu'« il faut faire attention » s'il a remarqué ça. Cyril met sa main dans la chaussette, attrape le talon et retourne la chaussette jusqu'au talon ; ainsi, il plus facile de rentrer le pied. Une fois le pied droit de Christophe dans la chaussette, l'infirmier remonte petit à petit la chaussette en veillant, comme il dit, à ne pas la « déchirer » et à éviter les « plis ». Pour le pieds gauche, l'infirmier implique le patient : il lui demande de mettre sa main dans la chaussette, il lui indique la partie du tissu qu'il faut attraper pour qu'il le fasse et l'invite à retourner la partie supérieure puis à rentrer son pied dans la chaussette. Cyril l'aide à faire ses gestes et le rassure en reconnaissant que c'est une tâche « difficile » à accomplir et en lui disant que « petit à petit ça deviendra plus simple ». Dans cette situation,

le soin *en train de se faire* et aussi un soin *projeté* dans le temps. Tout en lavant les jambes du patient avant de les lui essuyer, puis en lui appliquant une crème qu'il laisse pénétrer et, enfin, en lui montrant et en lui mettant ses chaussettes, l'infirmier accompli un soin *ici et maintenant* qui vaut comme un conseil et un modèle pour un soin *ailleurs et ultérieurement*. Certes, les infirmiers qui passeront voir Christophe à son domicile pourront l'aider à mettre ses chaussettes de contention. Mais Cyril lui décrit des gestes qu'il pourrait potentiellement accomplir par lui-même. Une forme d'apprentissage se joue ici. Préparer l'après Villa d'Hestia, c'est d'abord trouver une place d'hébergement ou un logement mais c'est aussi, pour les soignants, accompagner les patients à continuer à prendre soin d'eux, même lorsqu'ils ne seront plus dans un lieu de soins comme les Lits Halte Soins Santé et qu'ils ne pourront plus bénéficier des multiples supports qu'ils peuvent y trouver.

2/ Le prendre soin entre les patients

Dans cette première section, je me suis jusqu'à présent limité à décrire et à analyser des interactions entre les infirmiers et les patients au sein de la salle de soins de la Villa d'Hestia. Sortons à présent de ce lieu et arrêtons-nous maintenant sur ce qui se passe dans les espaces partagés. Si certains patients ne quittent leur chambre que pour le repas de midi, d'autres passent la matinée entre le hall d'entrée et le coin fumeur. L'ennui est prégnant, comme s'en plaignent régulièrement des patients qui cherchent à s'occuper de diverses manières : certains lisent, d'autres écoutent la radio, certains prennent l'air dans le jardin interne de l'établissement et quelques fois une partie de pétanque impromptue s'organise sur le terrain présent dans ce jardin. Cependant, l'activité principale de ces personnes demeure la conversation ; dans le coin fumeur ou dans le hall, avec ou sans cigarette, la plupart discute. Durant ces échanges, le soin occupe une place centrale : les patients évoquent les soins dans lesquels ils sont engagés aux Lits Halte Soins Santé et prennent soins des autres, comme nous allons le voir. Enquêter sur l'habiter ce n'est pas seulement s'en tenir à « à la seule relation entre moi et le monde », c'est aussi prendre « en compte d'emblée la question des tiers » (Belkis & *al.*, 2019). Et c'est sur cette figure de « tiers » que je souhaite m'arrêter en interrogeant les patients comme des « proches », « impliqués » dans les soins de manière « profane » (Chave, 2010, p.375). Je reviendrai d'abord sur le moment des salutations et de la prise des nouvelles qui permet de saisir le souci des autres en action (a). J'aborderai ensuite les préoccupations de certains patients pour leurs voisins dont ils notent l'absence imprévue

ou dont ils observent une dégradation de l'état physique (b). Enfin, je m'arrêterai sur des situations de troubles sonores qui donnent à penser une articulation entre quiétude et inquiétude (c).

a/ Prendre des nouvelles

Les patients n'ont pas le droit de quitter l'institution avant 13h, sauf raisons exceptionnelles comme par exemple aller à un rendez-vous médical chez un spécialiste ou se rendre dans un accueil de jour ouvert uniquement le matin et où la personne est domiciliée pour retirer son courrier. Durant ces matinées, certains patients passent leur temps dans les espaces partagés, à savoir le hall d'entrée et le coin fumeur. Le hall d'entrée est une grande pièce où se répartissent une dizaine de chaises et de fauteuils. Ce hall est séparé par une porte du coin fumeur, où sont disposés des cendriers et des bancs. Il est situé sous des coursives et ouvre sur le jardin intérieur de l'établissement. C'est là, entre ces deux espaces que plusieurs patients passent leurs matinées ; et c'est entre ces deux espaces que j'ai passé la plupart de mes matinées avec eux. Ici, l'occupation principale est la conversation. En face-à-face ou en groupe (j'ai compté parfois jusqu'à sept personnes engagées dans une même situation), les personnes discutent de multiples sujets. Le journal local (Le Progrès) et les journaux gratuits déposés par des professionnels le matin en arrivant forment des supports conversationnels : les personnes commentent l'actualité ou s'engagent dans la résolution d'une grille de mots-fléchés dont les réponses font l'objet de divers commentaires. Dans ces espaces, les personnes parlent d'elles, à des degrés différents. Certaines évoquent leur passé de travailleur qui soulève, comme le note Claudia Girola, une « tension identitaire, entre la situation présente vécue comme une rupture d'avec la continuité d'une condition sociale passée précaire mais qui octroyait une reconnaissance sociale et cette même condition "hébergée" aujourd'hui "dans la tête" » (Girola, 2007, p.228). À la Villa d'Hestia, les sans-abri ne sont pas des « hébergés » mais des « patients ». Cette identité est assignée par l'institution dès que les personnes acceptent d'en franchir les portes et d'y rester. Elle est rappelée quotidiennement via les soins dans lesquels ils sont engagés ou par la circulation de professionnels (les infirmiers, les aides-soignants et les agents de services hospitaliers) en tenue blanche, bleue ou vert pastel. Les patients se reconnaissent dans cette identité et la reconnaissent aux autres, dans leurs interactions, en partageant des nouvelles sur leurs traitements et en se souciant de l'état de santé des autres. Les soins et l'état de santé constituent ainsi des « ressources sûres »

(Goffman, 2016 [1953][328]) abondamment discutés entre eux. Toute leur importance se donne à voir dans les salutations, ces moments où les patients se retrouvent chaque matin.

Nous sommes le 11 mai 2015. Il est environ 9h15 quand j'arrive à la Villa d'Hestia. Le hall d'entrée est vide. Je salue la secrétaire, dépose mes affaires dans le bureau ouvert de l'assistante sociale et retourne dans les espaces partagés. Monsieur Janik est seul dans le coin fumeur, en train de fumer. Je l'avais rencontré lors de ma première matinée en salle de soins. Cheveux blancs, grand et fin, il porte, comme à son habitude, un ensemble de jogging. Quelques jours plus tard, lors d'une réunion d'équipe, j'apprendrai qu'il a 59 ans et qu'il est arrivé à la Villa d'Hestia fin février 2015. Depuis que j'ai commencé mon travail de terrain, je n'ai jamais eu l'occasion de discuter avec lui, je ne l'ai jamais rencontré seul et lorsque je l'ai vu en présence d'autres patients, il était plutôt discret et peu bavard. Quelques jours plus tôt, alors que je me trouvais en salle de soins, Cyril, l'infirmier, m'a demandé de sortir quand il a reçu Monsieur Janik, justifiant cette décision par le fait que ce patient « a du mal à verbaliser » ce qui lui est arrivé[329]. Ce matin du 11 mai, je vais dans le coin fumeur et salue Monsieur Janik. Je lui redis ce que je fais et lui demande, en regardant ses deux poignets bandés : « Je peux vous demander ce qu'il vous est arrivé ? » Il me répond, sans hésitation : « J'ai coupé, dans un coup de folie. » Je suis un décontenancé, je ne m'attendais pas à une telle réponse, sur un ton si calme, qui plus est de la part de quelqu'un qui « a du mal à verbaliser ». Je n'ose pas lui demander les raisons de ce geste. Cigarette dans la main droite, il replie les doigts de sa main gauche sur eux-mêmes pour fermer son poignet. Le geste a l'air difficile, il l'accomplit lentement. Je lui fais remarquer : « Vous faites votre propre kiné[330] ? » Il sourit, m'explique qu'il voit un « vrai kiné » mais qu'il fait effectivement ce type d'exercice pour sa rééducation. À ce moment-là, José arrive dans le coin fumeur. Il nous sert la main, s'allume une cigarette et demande à Monsieur Janik :

JOSE : Comment ça va le poignet ?

MONSIEUR JANIK : Ah il me fait chier, je vais les couper les doigts [*de sa main gauche*].

JOSE : Ça vous fait mal ?

[328] Les « rapports sur son état de santé » constituaient déjà une ressource sûre « surtout employée par les personnes âgées et les femmes » sur l'île de Baltasound (Goffman, 2016 [1953], p.134).

[329] Il s'agit de la seule situation en salle de soins où un professionnel m'a demandé de ne pas être présent.

[330] « Faire sa propre kiné » : expression utilisée par plusieurs patients de la Villa d'Hestia pour qualifier les exercices physiques qu'ils accomplissent dans une visée de rééducation. En reprenant mes notes de terrain, je constate qu'avant de l'employer ici, plusieurs patients m'ont dit « faire leur propre kiné ». Mon utilisation de cette expression indigène témoigne de ma socialisation, en cours, au terrain.

MONSIEUR JANIK : Ah oui. Samedi surtout. Ça a un peu désenflé mais ça reste enflé.

JOSE : Vous avez pris un antalgique ?

MONSIEUR JANIK : Ils m'ont donné du paracétamol, ça m'a fait du bien. Mais ça m'énerve, je pensais que ça allait être bon cette main vu qu'elle a cicatrisé plus vite mais c'est elle qui fait chier.

JOSE : Et vous voyez encore le kiné ?

MONSIEUR JANIK : Oui oui, il vient toujours.

Un silence s'installe. Monsieur Janik a terminé sa cigarette. Il nous dit : « À plus tard » et quitte les espaces partagés, probablement pour aller dans sa chambre. Au moment où il part, Pierre arrive dans le coin fumeur. Il nous salue et demande à José :

PIERRE : Ça va tes jambes José ?

JOSE : Ça va, j'ai encore mal mais bon…

PIERRE : Tu devrais en parler au médecin, elle est là.

JOSE : Ouais, on verra… Je ne sais pas…

PIERRE : Moi ça a commencé comme ça, par des douleurs aux jambes… [*référence à sa phlébite*].

Ces « situations » (Goffman, 2013, p.18) sont caractéristiques de ce qui se passe chaque jour, chaque matin dans les espaces partagés et, en particulier, dans le coin fumeur. Les patients, en se saluant, prennent des nouvelles des uns et des autres. Dès que José salue Monsier Janik, il prend de ses nouvelles et s'enquiert de ses poignets ; même chose quand Pierre rencontre José et l'interroge sur ses jambes. Dans les deux cas, il est frappant de noter que les patients ont une connaissance fine des problématiques de santé ou des douleurs récentes d'autres patients ; c'est sur celles-ci qu'ils orientent leurs questions. Ils sont sensibles aux *singularités* : ils ont tous des problèmes de santé mais chacun rencontre des troubles spécifiques. Monsieur Janik n'a plus de bandages à ses poignets mais José sait, se rappelle que c'est sur cette partie du corps que se concentrent les douleurs. Rien, dans la démarche de José ne laisse supposer ce qu'il ressent aux jambes ; c'est d'ailleurs en entendant la question de Pierre que je prends connaissance des douleurs que ressent José. Ces échanges révèlent cette « sensibilité aux "détails" qui importent dans les situations vécues, le *care* est nécessairement une affaire concrète collant aux particularités des situations et des personnes » (Paperman & Laugier,

2011, p.22). Ce « souci des autres » (Paperman & Laugier (dir.), 2011 ; Tronto, 2009) s'inscrit dans des « relations de commune appartenance », entendues comme l'« expression d'intérêt mutuel entre deux malades quelconques que rapproche le seul fait de se savoir l'un et l'autre internés » (Goffman, 1968, p.332). Dans le cas de la Villa d'Hestia, ce rapprochement n'est pas lié au fait d'être « interné » mais de se reconnaître et d'être reconnu comme des « patients », c'est-à-dire de partager une expérience commune, celle de personnes recevant et s'engageant dans des soins dont elles ont besoin. Des besoins qui sont identifiés par les professionnels mais aussi par les autres patients. Élodie Jouve note, à juste titre que « c'est la prise en compte des douleurs par autrui, et plus encore par des soignants, qui leur [*aux sans-abri*] donne la possibilité d'exister en tant qu'objets de soins et d'attention » (Jouve, 2008, p.372). L'enquête à la Villa d'Hestia m'amène à compléter cette affirmation. Exister en tant qu'*objets* de soins et d'attention, c'est aussi exister en tant que *sujets* de soins et d'attention ; soins et attention envers soi-même mais aussi envers les autres, ceux avec qui on vit et ceux qu'on côtoie au quotidien. Ce prendre soin accompli par les patients envers les patients doit être pensé au regard du « contexte institutionnel » (Cicourel, 2002 [1992], p.119) dans lequel il se réalise. Pour le dire autrement, le fonctionnement des Lits Halte Soins Santé favorise l'émergence d'un *cadrage soignant* des interactions qui structure aussi bien la manière dont les acteurs définissent et interprètent une situation que la façon dont ils s'engagent dans un cours d'action, pour paraphraser la définition d'Isaac Joseph (2009 [1998], p.123). Avoir des problèmes de santé, suivre des soins et rencontrer au quotidien des professionnels soignants contribuent à faire de la santé et des soins le cœur des interactions ordinaires entre les murs de l'établissement. José, lors de l'entretien que je réalise avec lui, me précise d'ailleurs que les patients jouent « un peu le docteur », les uns pour les autres :

> JOSE : Moi en règle générale, si tu veux, je ne sais pas si c'est propre à mon état comme je te disais qui me concerne directement à savoir d'avoir cette fibre sociale et tout le machin là, je me demande si ça ne me porte pas à demander des nouvelles des gens à propos de ce qui ne va pas bien. Par exemple Pierre il a le pied bandé donc de temps en temps je lui demande d'une manière correcte et polie où il en est avec sa jambe. Donc après il me reparle de sa jambe lui. On est un peu le « docteur » si tu veux [*il sourit*]. À la fois le confident, le docteur, qu'est que je peux dire…
>
> GABRIEL : J'ai remarqué que vous vous donniez des conseils aussi…
>
> JOSE : Oui oui aussi. Ce qu'il faudrait éviter de faire, ce qu'il faut faire dans tous les cas ou laisser tomber. Avec d'autres c'est pareil. Mais par contre ça se limite à deux trois mots, un bonjour bonsoir, « Vous allez bien ? Vous allez mieux ? », « Oh ben ça

va aujourd'hui » ou « Aujourd'hui j'ai mal dormi ». Voilà. Il y a ce genre de types d'échanges entre les gens.

Si José signale qu'il y a différents degrés d'affinité entre les patients, le souci des autres et de leur santé est partagé avec tous les patients même s'il peut varier en intensité. Ces observations contribuent, à leur manière, à nuancer l'image de personnes sans abri pour qui la santé serait un aspect secondaire de leur vie ; dans le contexte particulier de la Villa d'Hestia, elle représente une (pré)occupation omniprésente et quotidienne.

b/ Surveiller et veiller sur les voisins

La cohabitation au sein de la Villa d'Hestia engage un voisinage de proximité : des patients partagent des chambres doubles, ils mangent tous ensemble lors des repas et se croisent ou passent du temps ensemble dans les espaces partagés de l'établissement voire à l'extérieur, dans le quartier. Cette proximité physique favorise l'interconnaissance : les patients se connaissent, plus ou moins, et sont mesure d'observer des évolutions corporelles chez les uns et les autres. Évolutions corporelles qui peuvent être interprétées comme une amélioration ou une dégradation de l'état de santé, comme l'illustre le souci de Pierre pour Marc. Âgé de 71 ans, Marc est entré à la Villa d'Hestia le 4 février 2015 pour soigner un cancer. Le vendredi 3 juillet 2015, en début d'après-midi, Pierre vient me voir dans le hall :

PIERRE : Tu ne trouves pas qu'il a baissé Marc ?

GABRIEL : Je ne l'ai pas vu ni hier ni aujourd'hui. Je ne suis pas passé lors du repas, il n'est pas venu ?

PIERRE : Si mais il ne mange quasiment rien. Le matin il mange une biscotte, à midi et le soir pas grand-chose.

GABRIEL : Je ne savais pas…

PIERRE : En plus ils ne le changent pas on dirait, il est toujours habillé pareil, il a l'air sale.

GABRIEL : C'est depuis qu'il a été hospitalisé ?

PIERRE : Ouais c'est ça, j'ai remarqué ça depuis son retour il y a une quinzaine de jours.

Trois jours plus tard, le lundi 6 juillet, lors de la réunion d'équipe médico-sociale hebdomadaire, les professionnels évoquent la situation de Marc. Les constats sont les mêmes

que ceux de Pierre, ils partagent les mêmes observations : Hugo, l'un des infirmiers, souligne qu'il « se dégrade » et qu'il « ne mange rien » alors que Mathilde, l'une des aide-soignante, indique qu'il « n'a plus d'énergie pour aller sous la douche », c'est pourquoi les aides-soignants font une « toilette au lavabo ». Les professionnels conviennent de continuer à observer l'évolution de la santé de Marc. Au regard de leurs observations, le lendemain matin, la cadre de santé, en accord avec le médecin, décide que Marc doit être hospitalisé. Une ambulance vient le chercher en début d'après-midi, au moment où je m'apprête à sortir de l'institution avec José. Ce dernier lui tient la porte et lui souhaite : « Bon courage Monsieur Marc. Allez, ça va aller ! » Aux alentours de 17h, Pierre vient me voir pour me demander si j'ai des nouvelles de Marc qu'il n'a pas vu de la journée. Il n'est pas au courant que ce dernier a été hospitalisé, je l'en informe. Il est soulagé : « Ah tant mieux, c'était nécessaire. »

À l'instar des professionnels, certains patients comme Pierre observent et surveillent les autres patients. Comme nous le verrons au fil de cette partie 2, ce regard posé sur les autres est essentiel : il permet de déceler des changements qui peuvent entraîner une redéfinition des soins apportés, comme pour Marc dans cette situation.

> « Du fait de la perception du voisinage en tant qu'espace d'interconnaissance, la surveillance (ou la veille) est reconnue comme étant une fonction légitime que peuvent exercer les voisins […]. La surveillance peut être une coveillance. En effet, un seul voisin n'est pas véritablement en mesure de surveiller une personne […] étant donné qu'il ne s'agit pas d'une "surveillance" à proprement parler, mais plutôt d'une présence. La coveillance signifie que plusieurs voisins assurent, de la place où ils sont, une fonction de veille » (Argoud & *al.*, 2004, p.37).

Cette veille continue, distribuée entre différents acteurs de la Villa d'Hestia, porte à la fois sur les personnes visibles dans les espaces communs (comme Marc par exemple) mais aussi sur celles qui sont invisibles. En effet, les patients prennent des habitudes, des routines s'installent et, d'un jour sur l'autre, on retrouve chaque jour, aux mêmes heures, les mêmes personnes dans les espaces partagés. Dès lors, une rupture avec ces routines, comme l'absence d'une personne devient pour les autres un motif d'interrogations et un objet d'enquête, comme l'illustrent ces échanges qui se sont déroulés le 7 septembre 2015. Ce matin-là, José, qui a l'habitude, tous les matins, de venir fumer dans le coin fumeur et de faire ses mots fléchés installé dans un fauteuil du hall d'entrée, est invisible. Monsieur Farliard, avec qui il passe généralement ses matinées, est inquiet de ne pas le voir. Aux alentours de 10h, il vient me voir : « Tu ne l'as pas vu ? C'est bizarre il est toujours là à cette heure-ci. » N'ayant pas d'information mais voulant le rassurer, j'évoque la possibilité d'un hypothétique rendez-vous

qui l'aurait conduit à s'absenter ce matin. Il est sceptique : « Ouais peut-être, mais il ne m'a rien dit… » En début d'après-midi, je recroise Monsieur Farliard et lui demande s'il a eu des nouvelles : « Ben il n'est pas venu au repas alors j'ai demandé à l'infirmier. Il m'a dit qu'il n'avait pas été bien cette nuit, il se repose dans sa chambre. » Quelques heures plus tard, en fin d'après-midi, je suis dans le coin fumeur à discuter avec deux patients. José arrive. À la surprise générale, il a délaissé le costume qu'il porte habituellement ; il est vêtu d'une chemise et d'un pantalon orange en toile qui détone. Alors qu'il nous serre la main, Hassan, un patient, manifeste instantanément sa surprise : « C'est quoi ce pantalon ?! » José répond qu'il est « malade », il a une « gastro ». Hassan comprend mieux le pourquoi de cette tenue : « Ah, je me disais de te voir comme ça... d'habitude t'as un pantalon bleu marine, bien habillé. Je me disais là c'est bizarre ! » L'absence de José interpelle, sa réapparition aussi. Dans les deux cas, ce sont des habitudes qui sont bousculées[331] : il n'est pas là alors qu'il devrait être là ; il est là mais pas comme on attendrait qu'il soit. José reconnait, en souriant, cette étrangeté : « C'est vrai… Là je suis resté en pantalon de pyjama. » José accepte, exceptionnellement, d'apparaître différemment dans les espaces partagés. Sa tenue nous dit quelque chose du sentiment de chez soi qui peut naître dans de telles institutions. Comme le note justement Marine Maurin en observant, dans une institution montréalaise pour femmes itinérantes[332], « des femmes en robe de chambre, une serviette dans les cheveux, en pantoufles ou encore allongées », les espaces partagés sont susceptibles de se transformer en coulisses où les personnes « peuvent finalement se relâcher corporellement et apparaître en tenue intime » (Maurin, 2017, p.387). Être et apparaître en pyjama témoignent que cette tenue est tolérée et tolérable dans certaines circonstances. Les remarques sur le pyjama de José ne s'accompagnent pas de moqueries quant au style vestimentaire du patient qui pourrait être jugé inapproprié ; elles ouvrent sur une forme de bienveillance et d'égard quant au patient et à son état de santé. C'est d'ailleurs pourquoi Hassan vérifie si José a bien « demandé quelque chose » aux professionnels car « ici ils ont… », sous-entendu de quoi résoudre ses maux. José explique qu'il a « demandé un Smecta », « ils ne [lui] ont rien donné » mais « là ça va mieux ». Hassan semble rassuré : « Tant mieux ! » Un autre patient est rassuré : une dizaine de minutes après la réapparition de José dans le coin fumeur, Monsieur Farliard arrive et l'interpelle : « Ah t'es là ! Je t'ai cherché… Je ne te voyais pas, je me disais ce n'est pas

[331] On retrouve des pratiques similaires lorsque des voisins « s'inquiètent » de sans-abri dans l'espace public et le signalent au 115 : « Ce sont donc ici des rencontres régulières, routinières, qui permettent d'identifier une situation qui rompt avec l'habitude » (Bidet & Le Méner, 2014).

[332] La catégorie « itinérant.e.s » est utilisée au Québec pour désigner ceux qui sont désignés en France par la catégorie de « sans-abri » (Roy, 2009).

normal. Au repas l'infirmier m'a dit que t'étais pas bien. Ça va mieux ? » José sourit, je le sens touché par ces multiples marques d'attention. Il le remercie de s'être inquiété et répète ce qu'il avait dit à Hassan quelques instants plus tôt.

Toutes ces situations illustrent le « souci de », cette première phase du *care* qui « implique […] de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse » (Tronto, 2009, p.147). Surveiller et veiller sur ses voisins, comme le font les patients de la Villa d'Hestia, c'est se soucier de leurs éventuels besoins avant même d'y répondre ou de faire en sorte que d'autres – les professionnels présents par exemple – y répondent. Ainsi, les patients participent pleinement à faire la Villa d'Hestia un environnement soignant, c'est-à-dire un espace où les questions de santé et de soins sont abordées et traitées. En étant à la fois objet et sujet de soins, en donnant des nouvelles et des conseils, les patients deviennent les uns pour les autres des appuis et des ressources qui élargissent les *capacités* de chacun à agir sur les soins[333]. Ils sont partie intégrante des collectifs de soins qui émergent dans l'institution. On comprend ici comment l'environnement *habité,* avec ses multiples relations d'interdépendance, constitue un environnement *soignant,* dans lequel les patients-habitants peuvent prendre soin d'eux.

c/ Réguler les troubles sonores entre quiétude et inquiétude

Jusqu'à présent, dans mon analyse des interactions entre voisins au sein de l'établissement, j'ai mis en avant la dimension soignante des relations de voisinage. Cependant, il ne faudrait pas penser que tout se passe toujours bien entre les patients. Des tensions peuvent émerger et la cohabitation peut ouvrir sur des disputes. C'est ce point que je voudrai ici aborder à partir des troubles sonores, des *perceptions* des « situations de bruit » (Cheyronnaud, 2012, p.197) qui invitent à penser le partage de l'espace (Pecqueux, 2012a). Pour cela, je partirai de la description de deux situations de trouble sonore qui permettent de dessiner deux grandes tendances dans la manière dont une personne qui perçoit et qualifie une situation de bruit intolérable met en cause le « fauteur de trouble ». Une tension apparait entre une mise en cause *indirecte* et une mise en cause *directe* de l'individu désigné comme responsable de la

[333] L'entraide entre les sans-abri est constatée par les professionnels de l'urgence sociale. Pour certains d'entre eux, cette dimension ouvre sur des critiques du modèle du « logement d'abord », comme logement occupé par une seule personne. Une professionnelle d'Interface SDF, avec qui je réalise un entretien le 6 avril 2017, considère que le logement risque d'isoler la personne qui ne pourra plus s'appuyer sur des relations de voisinage comme dans les institutions d'hébergement. Selon elle, ces relations entre les hébergés et avec les professionnels, forment « un étayage dans le lieu qui devient soutenant ».

situation de bruit : dans le premier cas, la personne qui s'estime gênée ne le dit pas explicitement, mais le fait comprendre implicitement (gestes, soupirs, regards) ; dans le second cas, celle qui s'estime gênée, le dit explicitement au fauteur de trouble, dans une relation de face à face qui peut être potentiellement conflictuelle.

Voici une forme de mise en cause indirecte. Nous sommes le 18 mai 2015, aux alentours de 10h30. Je suis assis sur l'un des fauteuils du hall d'entrée et discute avec Monsieur Farliard, âgé de 73 ans, qui est arrivé fin avril à la Villa d'Hestia à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qui a entraîné une hémiparésie du côté gauche. Il me montre qu'il fait sa « propre rééducation personnalisée et fonctionnelle » en marchant et en faisant des exercices avec sa main gauche. Les mots s'accompagnent de gestes : « Le kiné me fait bouger mes doigts [*il essaie de les bouger un à un*], j'essaie d'attraper des objets, par exemple il me fait prendre des stylos et me demande de les déplacer comme ça [*il attrape un stylo de sa main gauche et tout en le tenant fait bouger sa main de gauche à droite*]. Déjà en lisant le journal [*posé sur la table entre nous*], en tournant les pages ça me fait travailler. » Tout en me parlant, il jette quelques regards vers une radio, située à quelques mètres de nous. Celle-ci est allumée pratiquement tous les matins. Monsieur Dutret, un autre patient, est assis à quelques centimètres du poste et écoute la musique. Monsieur Farliard note que « la musique est forte, mais ça n'a pas l'air de le déranger ». Nous continuons de discuter. Environ un quart d'heure après la remarque de Monsieur Farliard, Monsieur Dutret quitte le hall, sans éteindre la radio ou baisser le volume, et sort de notre champ de vision. Sans rien dire, Monsieur Farliard se lève et va baisser le son. Il revient vers moi en me disant : « Ah, on s'entend mieux quand même ! » Je lui demande si ça le gênait. Il me répond : « Un peu ça va, mais pas toute la matinée. C'était trop fort là ». Quand je lui fais remarquer qu'il n'a rien dit à Monsieur Dutret, il me répond par un haussement d'épaules. Par cette « réponse unilatérale », la personne troublée « cherche à modifier les *conséquences* du comportement dérangeant d'un autre » (Emerson, 2015, p.74, je traduis). Jugeant le son trop bruyant, Monsieur Farliard va baisser le volume quand Monsieur Dutret, qui s'est approprié le contrôle du poste de radio par la « place » (Goffman, 1973 [1971], p.47) qu'il occupe à proximité, quitte son siège et le hall. Quelques minutes plus tard, Monsieur Dutret revient dans le hall et reprend sa place près de la radio. Il a semble-t-il compris que l'intensité du son dérangeait, car il ne le remonte pas. Cette mise en cause indirecte et implicite, qui évite une confrontation ouverte susceptible de perturber le futur de la relation entre les deux hommes, permet de résoudre le trouble ici et maintenant. Le geste de Monsieur Farliard exprime que la musique est acceptable dans un

espace partagé, sous certaines conditions sonores. Le geste est porteur d'une dimension morale car, comme l'écrit Bernard Conein en commentant les travaux de Robert M. Emerson, « si on peut […] avoir un grief vis-à-vis d'autrui et chercher à corriger un dommage de façon unilatérale sans informer l'autre de son intention, c'est bien que l'on a souci de préserver ceux qui habitent et tolérer ceux qui s'éloignent de cet horizon » (Conein dans Breviglieri & Conein (dir.), 2003, p.212). Cette forme de régulation est possible, car le poste de radio est temporairement accessible ; l'objet constitue ici une *affordance*, « une prise et une invite » (Joseph, 2002, p.162) dont peut se saisir la personne qui ressent un trouble pour répondre au dérangement sonore.

Voici maintenant une forme de mise en cause directe. Nous sommes le 4 janvier 2016, aux alentours de 12h00. Alors que je suis dans le hall avec plusieurs patients qui s'apprêtent à prendre place dans le réfectoire pour le repas de midi, nous sommes interpellés par les cris de Medhi, un patient. Dehors, depuis le coin fumeur, il insulte dans un langage obscène – « fils de pute » – un autre patient qui le regarde, impassible, depuis les coursives du premier étage. Il défait dans un geste de colère l'attelle qui couvre toute sa jambe gauche et la jette avec empressement en direction du patient qu'il n'atteint pas, sa cible étant trop éloignée. Il lance ensuite ses deux béquilles qui s'écrasent contre un mur du bâtiment. Deux patientes, Charlotte et Marie-Claude, essaient de calmer Medhi. La première lui demande ce qui se passe. Il répond qu'il « n'arrive pas à dormir » à cause de « son chien à la con [*il se tourne vers le patient qu'il visait*] qui gratte contre le mur toute la nuit et qui fait du bruit ». Marie-Claude lui propose de s'asseoir sur un banc et l'invite à « [respirer] lentement » pendant que la médecin récupère l'attelle et les béquilles dispersées au sol. Une petite heure plus tard, lors du repas que je prends avec les professionnels, cette situation est rediscutée. La cadre de santé insiste sur le fait que les patients « s'entraident, ils sont plusieurs à être venus pour le calmer » et la médecin ajoute qu'ils « sont solidaires entre exclus ». Cette « explosion » constitue une « réponse extrême » (Emerson, 2015, p.185, je traduis) de la personne troublée envers celle qu'elle désigne comme la fauteuse de trouble. Le recours aux injures et les gestes de Medhi peuvent s'expliquer par la récurrence du trouble, un bruit constant et désagréable et/ou le fait qu'il a déjà été signalé, mais n'a pas été traité ; il est aussi peut-être lié à la fatigue du patient qui estime ne pas arriver à dormir à cause de la présence bruyante du chien dans la chambre mitoyenne à la sienne. La question de la cohabitation engage aussi d'autres êtres présents dans l'environnement, comme en témoigne la mise en cause directe du binôme chien/personne. Contrairement à la situation précédente où Monsieur Farliard pouvait agir

directement sur la situation de bruit, Medhi semble ne pas avoir de prise, d'où sa réaction violente à la hauteur de son impuissance. Ce qu'il est important de souligner c'est que l'interpellation publique contribue ici à élargir le cercle du concernement ; le trouble, une fois partagé, ne concerne plus uniquement Medhi mais aussi, de manière indirecte, les autres patients et les professionnels qui sont susceptibles de proposer des solutions et d'aider à sa résolution. Les troubles sonores, d'abord vécus sur un registre personnel peuvent ainsi être reformulés en termes de problème partagé par un public en introduisant des tiers (Emerson & Messinger, 2012 [1977]).

Prolongeons l'analyse de la réponse de Medhi pour soulever deux aspects qui témoignent de l'ambivalence des situations de bruit dans l'institution. Premièrement, sa réponse, au même titre que le geste de baisser le son jugé trop fort d'un poste de radio, atteste d'une situation de bruit jugée intolérable. À travers ses mots et ses gestes, il condamne le comportement du binôme chien/personne au regard de la situation d'interaction dans laquelle ils sont engagés. Les critiques verbales et non-verbales des troubles sonores, menées par les patients-cohabitants de la Villa d'Hestia, expriment l'idée que ces bruits non seulement n'ont pas leur place dans l'institution mais qu'une transgression à la règle de la vie commune a été commise. Comme l'écrit Cyril Lemieux, « lorsqu'une action jusqu'alors tolérée en vient à être dénoncée publiquement comme fautive, il apparait quelque chose qui n'était pas nécessairement et actuellement manifeste dans la situation : qu'une certaine règle devait être suivie » (Lemieux, 2009, p.34). Ce champ lexical de la règle renvoie chez Erving Goffman (2013) à « un "code de moralité" […] qui opère en situation – un code qui est moins de l'ordre du jugement moral que de celui de la régulation écologique » (Cefaï, 2013, p.225). La règle s'applique à des interactions situées dans des environnements spécifiques, variant en fonction des situations et des espaces où elles se déroulent. Elle peut s'envisager comme un « code » que les personnes « suivent et s'appliquent mutuellement » (Wieder, 2010, p.187) dans leurs engagements ordinaires pour agir et évaluer les pratiques d'autrui, sans pour autant s'imposer de manière mécanique et déterministe. *Respecter la quiétude*, telle pourrait être la formulation de la règle transgressée dans ces situations de cohabitation. Si elle est caractéristique de toutes les formes de cohabitation, elle est renforcée ici par les missions de l'établissement, où le soin renvoie autant aux gestes techniques qu'au prendre soin et au repos. En soulignant ce désagrément nocturne, Medhi rappelle cette règle de la quiétude en même temps qu'il l'institue comme règle. Ses propos indiquent « au chercheur comment apprécier le sens situationnel et l'ordre local du site d'enquête et […], dans le même mouvement, créent ce sens et cet ordre »

(Emerson, 2003 [1981], p.405). Les pratiques professionnelles, comme exclure d'un repas une personne ivre jugée trop bruyante[334], contribuent à produire cet ordre normatif selon lequel certaines situations de bruit et de désordre n'ont pas leur place dans l'établissement et sont intolérables. Cet ordre des interactions est donc aussi un ordre institutionnel au sens où l'action jugée appropriée dans l'institution est « cadrée » (Goffman, 1991 [1974]) par les missions des Lits Halte Soins Santé. On retrouve cette règle dans des institutions de soins qui conduisent à une coprésence obligée, allant de quelques minutes ou quelques heures à plusieurs mois ou plusieurs années. C'est en tout cas ce que souligne également la lecture d'enquêtes ethnographiques, comme celle de Jean Peneff (1992) consacrée à un service des urgences, qui indique notamment que « les vociférations d'un éthylique, les gémissements d'un blessé, les pleurs d'un enfant doivent être atténués car ils risquent d'apeurer les occupants des boxes voisins » (Peneff, 1992, p.95).

La réponse de Medhi soulève un second aspect qui vient complexifier et nuancer la formulation de cette règle de la quiétude. A travers ses cris, elle représente en elle-même une situation bruyante qui interpelle l'entourage. Ayant localisé la provenance des cris, nous sommes plusieurs à nous rendre dans le coin fumeur où se trouve Medhi. Ce mouvement, ce déplacement vers l'origine du trouble sonore témoigne de l'importance accordée aux situations conflictuelles que génère les bruits au sein de l'institution. Les cris de Medhi entrent en résonnance avec les coups du fauteuil roulant de Monsieur Palay contre un mur de l'établissement, comme nous le verrons dans la section 3 de ce chapitre. Dans les deux cas, les situations de bruit possèdent une qualité positive : elles constituent des alertes, des « signaux d'alarme » (Goffman, 1973 [1971], p.235) indiquant qu'il se passe quelque chose, qu'un patient ne se sent pas bien ou qu'une personne a besoin d'aide. Le trouble sonore constitue une « *affordance* des évènements » (Pecqueux, 2012b) qui invite à se rendre sur place, à agir et, potentiellement, à accomplir des actes de (prendre) soin – repensons aux gestes et aux mots d'apaisement de Marie-Claude et Charlotte auprès de Medhi.

Les situations de bruit occupent donc une place paradoxale dans la vie quotidienne de l'institution qui les rend à la fois intolérables, au nom de la quiétude, mais aussi tolérables et nécessaires pour l'organisation des soins. Un son perçu comme un bruit s'accompagne d'une série de questionnements visant à le localiser et à identifier ses causes qui peuvent, dans un second temps, ouvrir sur l'accomplissement de soins visant à soulager les souffrances ou les douleurs susceptibles d'en être à l'origine. Les cris et les plaintes de patients seuls dans leurs

[334] J'y reviendrai dans la section 2 de ce chapitre.

chambres – qui ne sont pas équipées d'un système d'appel des professionnels soignants, comme à l'hôpital – jouent ce rôle d'interpellation[335] ; la rareté des situations de bruit les rendant d'autant plus notables et saisissantes dans l'ambiance sonore. Si le respect de la quiétude laisse supposer une valorisation du silence, le fait que ce dernier n'offre *a priori* pas de prise, au contraire des situations de bruit qui « invitent » à agir, peut créer une alerte. En effet, les professionnels et les patients se préoccupent du patient qu'ils ne voient pas et qu'ils n'entendent pas, comme on l'a vu précédemment avec l'absence (visuelle et aussi sonore) de José. Il faut le voir et l'entendre pour se faire une idée de son état de santé. *Trop* de silence, *trop* de bruit, sont source de troubles et peuvent soulever de l'inquiétude au sens d'un souci des autres constitutif du prendre soin.

***

À la Villa d'Hestia, les patients s'inscrivent dans des collectifs de soins composés des professionnels et d'autres patients. Des soins techniques et spécialisés – les pansements et la distribution des médicaments – au sens où ils font appel à des « savoirs formalisés » et des « qualifications spécialisées », à l'instar des connaissances médicales (Borelle, 2017, p.8), sont accomplis par les infirmiers, comme on l'a vu dans un premier temps de cette section. D'autres, que l'on pourrait qualifier de « profanes » (Freidson, 1984 [1970]), sont menés par les patients-cohabitants et relèvent du prendre soin. Ces collectifs hétérogènes sont situés, ils émergent dans un contexte institutionnel particulier : celui d'un lieu de soins que les personnes habitent pour une durée plus ou moins longue. Les missions de l'institution contribuent à l'émergence d'une manière d'habiter l'établissement qui est marqué par le souci de soi et des autres, par une préoccupation régulière à sa santé et à la santé des autres. Ces collectifs offrent de multiples appuis aux patients pour agir sur leurs soins, mais peuvent aussi générer des tensions, comme toute forme de cohabitation, comme on l'a vu avec les troubles sonores. Dans cette section j'ai pensé ces collectifs entre les murs de l'institution. Cependant, la vie quotidienne des patients ne s'y limite pas. Je propose donc, dans la section suivante, de

[335] La question des troubles sonores exige une réflexion sur la matérialité de l'environnement, une dimension importante d'un point de vue sociologique et pratique. Si on reprend une dernière fois la critique que Medhi adresse à un patient et à son chien on note qu'en expliquant que l'animal gratte le mur qui sépare leurs deux chambres, sa remarque invite à penser comment la qualité des espaces (les murs, le mobilier, etc.) favorise ou limite la perception et la tolérance aux sons. La situation de bruit n'est donc pas seulement liée à des comportements individuels ; elle émerge de pratiques toujours inscrites dans un environnement matériel qu'il est indispensable de prendre en considération.

poursuivre l'analyse des relations de soin dans un environnement qui comprend l'établissement et le quartier dans lequel il est situé. Pour se faire, je vais introduire la question de l'alcool.

Section 2 – L'alcool : aux bord des soins, aux bords de l'institution

Introduisons dans cette section 2 un produit qui occupe une place centrale dans le quotidien des professionnels de la Villa d'Hestia et de quelques patients : l'alcool. Précisons d'emblée que la question de l'alcool concerne, statistiquement, une minorité de sans-abri. À partir de l'enquête nationale de l'INSEE sur les sans-domicile en France, François Beck, Stéphane Lagleye et Stanislas Spilka (2006) remettent en cause le stéréotype qui associe ce public à l'alcool voire à l'alcoolisme : sur l'ensemble des sans-domicile interrogés, 11% déclarent consommer « souvent » de l'alcool, 37% « occasionnellement » et 51% « jamais ». Les statistiques varient fortement selon le genre : 16% des hommes déclarent consommer « souvent » de l'alcool contre 2% des femmes, 44% des hommes déclarent en consommer « occasionnellement » contre 25% des femmes et 73% des femmes ne déclarent « jamais » en consommer contre 40% des hommes (Beck & *al*., 2006, p.134[336]). À la Villa d'Hestia, il n'existe pas de statistiques ciblées sur l'alcool. Néanmoins, le rapport d'activité de l'année 2015 indique dans les « pathologies associées » aux « pathologies motivant l'admission » que 27% des patients ont des « addictions » (41% en 2014) ; c'est la « pathologie associée » la plus fréquente. Si le rapport d'activité ne précise pas de quelles addictions il s'agit, l'enquête ethnographique permet de repérer que l'alcool est la plus présente dans les discussions, aussi bien chez les patients que chez les professionnels. D'autres produits, illicites, sont parfois abordés mais cela reste marginal comparé à l'alcool qui est quotidiennement évoqué. Si le chapitre 5 abordera longuement la place de « l'attachement » à l'alcool dans la relation de soin, je souhaite préalablement, dans cette section, introduire la question de l'alcool selon deux modalités. Dans un premier temps, je propose de revenir sur l'interdiction règlementaire de consommer et de posséder de l'alcool dans l'établissement ; une interdiction qui ne fait pas pour autant de la Villa d'Hestia un lieu de sevrage où les professionnels peuvent accompagner un arrêt de la consommation (1). En raison de cet interdit, l'alcool est bu principalement à

[336] Ces statistiques reposant uniquement sur des éléments déclaratifs sont à prendre avec précaution puisque les personnes peuvent donner différents sens aux adverbes « souvent », « occasionnellement » et « jamais ». L'enjeu d'une enquête d'inspiration interactionniste et pragmatiste est justement d'interroger en situation comment la consommation d'alcool est qualifié et par qui. Cette approche sera au centre du chapitre 5.

l'extérieur de l'établissement, dans le quartier. Suivre la consommation d'alcool exige, méthodologiquement, de quitter l'établissement pour observer ce qui se passe dans l'espace public. Les relations de voisinage analysées dans la section 1 de ce chapitre s'élargissent ainsi aux habitants du quartier, qu'il s'agisse des commerçants ou des passants (2).

1/ Un lieu d'interdiction d'alcool, pas un lieu de sevrage

La consommation et la possession d'alcool sont interdites à la Villa d'Hestia. Cependant, il n'en a pas toujours été ainsi. À son ouverture, en 2007, les professionnels pouvaient servir du vin à table lors des repas. Les difficultés rencontrées lors de ces situations ont conduit à la mise en place de l'interdiction, comme je le retracerai dans un premier temps (a). Si la Villa d'Hestia est un lieu de soins où l'alcool est interdit, ce n'est pas pour autant un lieu de sevrage où arrêter l'alcool, comme en témoigne une série d'interactions engageant Monsieur Dutret, un patient. Alors qu'il souhaite être accompagné pour arrêter l'alcool à la Villa d'Hestia, les professionnels lui font part de leur incapacité à mener un tel projet. Un décalage apparaît quant aux soins possibles dans l'institution (b). Cette situation m'amènera à interroger, plus généralement, les liens entre l'urgence sociale et le secteur de l'addictologie, deux mondes sociaux qui se rencontrent plus ou moins selon les institutions (c).

a/ Une évolution progressive vers l'interdit

L'ethnographie institutionnelle de Dortohy Smith (2018 [2005]) invite l'enquêteur à porter une attention soutenue aux textes produits dans les institutions et aux manières dont les acteurs les mobilisent en situation. À la Villa d'Hestia, plusieurs types de texte cohabitent : dossiers médicaux, relèves des professionnels sur le dossier informatisé du patient ou règlements. C'est sur ces derniers que je vais ici m'arrêter. Le cadre règlementaire de l'institution est reproduit dans des textes ayant des circulations différentes : certains sont des documents internes partagés entre les professionnels, d'autres sont réalisés à l'attention de partenaires pour les informer du fonctionnement des Lits Halte Soins Santé et d'autres encore sont transmis aux patients de la Villa d'Hestia, lorsqu'ils entrent dans la structure. Parmi ces derniers, un document au format A4. Sur une page, le texte apporte un ensemble d'éléments relatifs à la vie quotidienne : jours et heures de présence du médecin et de l'assistante sociale ; heures des repas, des sorties et des visites. La page se termine par un texte, accompagné de

sigles, partiellement rédigé en majuscules et encadré comme pour mieux mettre en valeur le message. Il s'agit des interdictions[337] :

> Il est formellement INTERDIT DE FUMER dans tout l'établissement.
> Il est strictement interdit D'INTRODUIRE DE L'ALCOOL OU AUTRES DROGUES OU DES ARMES, dans l'établissement […].
> **Des sanctions seront prises en cas de non respect de ces règles**.

Les « sanctions prises » en cas de transgression de ce règlement ne sont pas précisées. Un autre « texte » apporte un élément quant aux types de sanction que risquent les patients. Il s'agit d'une affiche A4, orientée en mode paysage, et comprenant les trois sigles déjà présents sur le document transmis aux patients : une cigarette, un verre de vin et le terme « violence », chacun de ces signes inscrit dans un rond rouge et barré pour signaler l'interdit. En dessous, en lettre majuscule est inscrit :

> SANCTION : EXCLUSION IMMEDIATE POUR 24H AU MOINS

Cette affiche se retrouve partout dans l'institution : il y en a plusieurs dans le hall d'entrée, dans les couloirs et même une dans chaque chambre : incessants rappels visuels, qui font que nul ne peut oublier le règlement ou invoquer sa non-connaissance. Pourtant, au cours de mon enquête, ces affiches m'ont paru de plus en plus étranges. Des consommations d'alcool ont lieu dans l'établissement, avec ou sans l'aval des professionnels ; lorsque des personnes sont surprises en train de boire dans leur chambre, par exemple, je n'ai jamais assisté à une « exclusion immédiate pour 24h au moins ». En interrogeant les professionnels, j'ai compris que ces affiches constituent des traces passées d'une manière d'appréhender l'alcool dans l'institution qui, si elle n'est pas complètement révolue, est en train d'évoluer progressivement. Si les affiches stipulent la sanction encourue, contrairement au document transmis aux patients à leur arrivée, c'est que les deux textes ne datent pas de la même période ; le règlement transmis aux nouveaux entrants est plus récent que les affiches et témoigne d'une transformation dans le régime de sanction. Pour la comprendre, revenons en arrière et arrêtons-nous sur trois périodes où l'alcool est différemment envisagé.

La Villa d'Hestia ouvre à l'automne 2007. À cette époque, la consommation d'alcool est partiellement autorisée à l'intérieur des murs de l'établissement. Les patients peuvent boire du vin lors des repas, qui leur est servi par les professionnels, mais n'ont pas le droit d'apporter et de consommer d'autres alcools dans l'institution. Comme me l'explique Thierry, le

[337] Je conserver le style du document.

médecin, déjà en place à l'ouverture, ces consommations étaient difficiles à gérer pour les professionnels qui ont décidé de modifier le règlement :

> THIERRY : Au début l'alcool était autorisé dans la mesure où on versait du vin à table à ceux qui en voulaient. L'introduction d'alcool en plus était interdite parce qu'on avait imaginé, je pense, à la création des Lits Halte Soins Santé, que c'était comme ça qu'il fallait faire et on s'est très vite aperçu que même en limitant mais en autorisant une consommation d'alcool, on va dire conviviale, lors des repas, on n'arrivait pas à gérer les conséquences. C'est à dire qu'il y avait des situations un peu violentes, en tout cas qui mettait en scène de la violence et que le personnel ne le supportait pas, n'arrivait pas à encaisser tout ça. Donc pour pouvoir continuer à fonctionner dans le cadre de soins, tels qu'on représentait la mission première qui était la nôtre, on a trouvé plus simple d'interdire l'alcool à l'intérieur de façon systématique.

Mathilde, une aide-soignante elle est aussi présente dès l'ouverture, se rappelle les difficultés rencontrées :

> MATHILDE : À l'hôpital ils te proposent une carafe de vin, donc voilà. Donc on s'était dit voilà, on fait pareil. Il n'y avait pas de raison qu'on l'interdise… au moins c'était cadré : la consommation elle était à table. Et en fait c'était… ça nous a vraiment mis en difficulté, vraiment, parce que c'était à nous de décider qui buvait qui ne buvait pas. Donc ça a été abandonné assez rapidement ce genre de choses parce que c'est compliqué… quand ils sont encore à l'hôpital, t'es en chambre individuelle, ce n'est pas gênant. Là, t'en as trente et devant trente tu dois dire : « Toi tu ne bois pas, toi tu bois », enfin pff n'importe quoi. Voilà on s'est rendu compte qu'étant donné qu'on était en collectif et ben on n'arrivait pas à le gérer et que ce n'était pas notre rôle de soignant, tu vois de faire ce geste-là. Il y avait des personnes qui étaient vraiment mal à l'aise par rapport à ça. C'est vrai que c'était devenu des moments difficiles, vraiment.

La répétition du terme « vraiment », associé à la « difficulté » et au fait d'être « mal à l'aise », souligne la complexité de ces services à table pour les professionnelles qui les ont vécus. Audrey, une autre aide-soignante présente depuis l'ouverture, estime quant à elle que « c'était ultra-difficile à gérer ». Servir du vin à table est un « évènement difficile à encaisser » (Stavo-Debauge, 2012), c'est pourquoi les professionnels décident d'arrêter le service du vin à table au cours de l'année 2008, semble-t-il[338]. Un moment de « bifurcation » (Bessin, Bidart & Grossetti, 2009) advient dans l'histoire de l'institution : l'alcool est officiellement et complètement interdit en son sein. Autour de cet interdit, les réflexions des professionnels sur les sanctions et les manières d'appliquer le règlement connaissent des évolutions.

[338] L'enquête ne m'a pas permis de définir à quel moment, exactement, le service du vin à table est interdit.

Alors que je conviens avec l'équipe d'engager une enquête sur l'alcool, la cadre de santé me donne un document datant de 2012-2013 établi par les professionnels avec l'aide d'un consultant extérieur. Ce document d'une page répertorie, sous la forme d'un tableau, les sanctions vis-à-vis du non-respect du règlement de fonctionnement. Telle une compétition sportive, des cartons de couleurs différentes sont distribués aux patients avec des conséquences diverses. Si l'« interdiction d'avoir et de consommer de l'alcool » est transgressée une première fois, le patient reçoit un « carton jaune » : cela entraîne une « confiscation et une destruction par le personnel ». En cas de répétition de la transgression ou de refus du carton jaune, le patient reçoit un « carton orange » : l'alcool est cette fois confisqué et détruit par « le cadre ». À la troisième fois, le patient a un « carton rouge » et est « [convoqué] chez le directeur (ou l'adjointe de direction) ». Lors de ce rendez-vous, une exclusion de l'institution peut être formulée. Comme le raconte Audrey, une aide-soignante, ce système de cartons a été difficile à appliquer et à maintenir :

> AUDREY : On avait fait une formation il y a quelque temps de ça où on avait travaillé justement autour de cette règle. Donc on avait établi : pas de violence, pas d'alcool et pas de cigarette. Et il était établi des cartons : carton rouge, carton jaune. Donc si on les prenait à boire dans la chambre on vidait l'alcool et il y avait un carton jaune. Si c'était répété, il y avait un carton rouge et après il y avait justement l'expulsion. Donc ça s'est tenu pendant quelque temps sauf qu'après on avait de plus en plus de mal à mettre les cartons. Les cartons ils n'étaient pas tenus et après les sanctions elles n'étaient pas… elles n'allaient pas jusqu'au bout. Donc voilà, tu te dis tu travailles en groupe, t'as une formation sur ça, tu établis ça et puis après ça tient un temps et puis après on arrive plus à le tenir. Donc pourquoi on arrive plus à le tenir ? Pourquoi il y en a qui arrive à le tenir et pas d'autres ? Donc tu vois...
>
> GABRIEL : Ça c'était quand ?
>
> AUDREY : Il y a combien de temps... peut-être deux ans. Un gars était venu toute une... je crois que c'était même deux jours, on avait vraiment fait un travail en groupes, tous ensemble et toute la réflexion. On s'était mis assez d'accord là-dessus mais au final ça n'a pas pu tenir. Après on sait très bien que c'est un public difficile, que les règles elles ne tiennent pas facilement. Il y en a d'autres qui arrivent et d'autres pas. Et ça nous met toujours en difficulté, nous du coup le personnel.

Ce système de carton appréhende l'alcool uniquement comme un problème, d'où des réponses qui relèvent de la sanction et du contrôle. En 2015-2016, sur la période où je conduis mon travail de terrain à la Villa d'Hestia, ce système de cartons n'est plus en vigueur, la possession et la consommation d'alcool sont toujours interdites mais le régime de sanctions demeure flou. « Des sanctions seront prises », comme l'affirme le règlement donné aux

patients lors de leur arrivée, mais elles ne sont pas claires car elles ne peuvent être automatiques. De plus, l'alcool peut être défini pas seulement comme un problème mais aussi comme une ressource pour l'accès aux soins[339]. C'est pourquoi le dispositif avec des cartons de différentes couleurs n'a fonctionné qu'un temps. Il y a la règle et ses interprétations ; il y a la règle et ses adaptations différenciées aux situations. Les patients n'ont pas une connaissance exacte de ce qu'ils risquent s'ils transgressent le règlement même si certains ont, semble-t-il, intériorisé le fait qu'ils peuvent être potentiellement exclus de l'institution comme l'illustre la situation de Roman, un patient polonais. Cet homme de 49 ans a déjà fait plusieurs séjours à la Villa d'Hestia. À chaque fois, sa consommation d'alcool a constitué un problème pour l'équipe en place. Alors qu'il vient de débuter un nouveau séjour dans l'institution, lors de la réunion d'équipe du 30 mars, une professionnelle souligne qu'il est à nouveau dans la chambre n°14 et ajoute, en rigolant : « Il va retrouver ses planques, peut-être qu'il en reste un peu. » Roman boit à l'intérieur de l'établissement et il arrive que les professionnels le surprennent. Lundi 8 juin 2015, lors de la réunion d'équipe, Magalie, une infirmière, raconte qu'elle a surpris Roman dans sa chambre en train de boire de l'alcool. Elle n'a rien eu le temps de dire car, apparemment « touché », il s'est levé et a quitté la structure. Il n'est pas revenu pendant deux nuits, la professionnelle jugeant qu'il s'est « auto-puni », qu'il a anticipé une possible exclusion temporaire. Ce comportement informe la manière dont Roman perçoit le cadre règlementaire et comment il associe l'exclusion au fait d'être surpris en train de boire dans l'institution[340]. Au cours de la période 2015-2016, sur laquelle je mène mon enquête, « l'équipe » semble plus ouverte à l'alcool et des expérimentations qui tolèrent l'alcool entre les murs de l'établissement sont menées ; mais « l'équipe » est composée de plusieurs professionnels qui ne partagent pas tous le même avis, comme nous le verrons.

b/ Désaccord quant aux capacités d'un patient à arrêter l'alcool à la Villa d'Hestia

7 juillet 2015, à la Villa d'Hestia. J'ai passé une partie de la matinée à discuter dans le jardin de l'institution avec Edin, un patient originaire du Kosovo, venu en France pour soigner un cancer du pancréas. Il est midi, je reviens dans le hall de la structure. Edin et les autres

[339] Cette « qualité soignante » de l'alcool sera analysée dans le chapitre 4.
[340] Lorsque j'ai demandé, après la réunion, à Magalie si Roman avait déjà été exclu à cause de l'alcool elle n'a pas su me répondre. Et je n'ai pas demandé aux professionnels qui sont là depuis plus longtemps. Je peux donc seulement faire l'hypothèse que cette auto-exclusion est liée à l'expérience précédente d'une exclusion.

patients vont prendre le repas dans le réfectoire. Thierry, le médecin, m'interpelle : « Ah tiens, tu tombes bien, je te cherchais. Pour ton enquête sur l'alcool, viens, je vais recevoir Monsieur Dutret. » Monsieur Dutret est déjà dans le bureau du médecin. Il a 40 ans et est arrivé à la Villa d'Hestia fin avril 2015 pour consolider une fracture du coude. On s'est déjà croisé mais on n'a jamais eu l'occasion de parler longuement ensemble. Je me représente et lui demande si je peux rester. Il me répond : « Pas de problème, je n'ai rien à cacher. » Je m'installe sur une chaise, Thierry est entre le patient et moi. C'est lui qui prend la parole. Il me synthétise ce qui se passe : Monsieur Dutret a quitté la Villa d'Hestia il y a plus d'une semaine, est allé à Paris voir sa fille et son ex-femme, et revient aujourd'hui comme il l'avait convenu avec la cadre de santé. Cependant, cette dernière n'a pas pu venir aujourd'hui, elle est absente. Ils avaient apparemment convenu d'un rendez-vous pour discuter de la suite de la prise en charge de Monsieur Dutret. Il n'a aujourd'hui plus de soins pour sa fracture du coude, qui constituait le motif officiel de son admission dans l'institution, mais a une autre demande de soin : Monsieur Dutret souhaite arrêter l'alcool et être accompagné par les professionnels de la Villa d'Hestia. Avant de partir à Paris, il s'est d'ailleurs rendu au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Villeurbanne où sa demande d'accompagnement n'a pas été reçue, comme me le raconte le médecin :

> MEDECIN : Il a tout fait bien, il y est allé et il a donné ma lettre. Ils m'ont appelé pour me dire qu'au CSAPA on ne prenait plus de nouveaux patients avant trois ou quatre mois. Les velléités, qui devenaient presque des motivations, en tout cas au point d'y aller ben voilà plouf […]. [La cadre de santé] est absente, je veux bien vous recevoir mais je ne sais pas quoi faire pour vous. Vous allez encore me dire : « Ce coup là je veux me soigner » mais je n'ai aucune compétence pour faire quoi que ce soit pour vous.

Le médecin avance deux dimensions qui vont être centrales dans la suite des échanges : la volonté de Monsieur Dutret d'arrêter la consommation l'alcool et les « compétences » des professionnels de l'institution pour accompagner un patient à arrêter de boire. Ces deux éléments vont être définis différemment par le médecin et le patient. Un peu plus loin au cours de l'échange, le médecin interroge Monsieur Dutret sur ce qu'il souhaite :

> MEDECIN : Qu'est-ce que vous voudriez ? Qu'est-ce que vous comptiez lui dire à la cadre de santé ?
>
> MONSIEUR DUTRET : J'arrête tout, tout, de A à Z. Si je ne bois pas, je fume plus. Quand je ne bois pas, je ne fume pas.

Le médecin propose à Monsieur Dutret d'aller manger au réfectoire et de se revoir après avec un infirmier et l'assistante sociale. On se retrouve tous les cinq dans le bureau de cette dernière autour d'une table ronde. L'assistante sociale commence par lui demander son « envie ». Monsieur Dutret répond qu'il veut « arrêter de boire », en précisant : « C'est par rapport à vous, à vous tous. Peut-être que je m'en sortirai un peu mieux. » Le patient fait de son arrête de l'alcool est une affaire collective. L'assistante sociale précise que c'est la cadre de santé qui peut prendre la décision de le « reprendre » à la Villa d'Hestia puisque, c'est ce que je comprends enfin, Monsieur Dutret n'est plus officiellement un patient des Lits Halte Soins Santé ; sa prise en charge s'est terminée la semaine dernière. L'assistante sociale ajoute : « À nous seuls, même si on a envie de vous accompagner, notre accompagnement ne suffit pas. Il faut que vous aussi vous ayez envie et vous nous montriez… » La question de la parole est centrale dans l'addiction et sa prise en charge :

> « L'étymologie même du mot addiction (*ad-dicere*, *-dicere* = dire en latin) positionne d'emblée ce terme dans le champ du dire, de l'engagement et de la parole. Elle renvoie à la contrainte par corps, prononcée contre le redevable, et rejoint donc la notion de dépendance… Or nous savons qu'au cours d'une addiction, la parole peut s'altérer, tourner sur elle-même, donner dans la répétition, et finir parfois par perdre de sa crédibilité » (Hautefeuille, 2012, p.5).

Ici, la parole de Monsieur Dutret est insuffisante, les mots sont importants mais ne permettent pas à eux seuls de justifier, de convaincre les professionnels de l'existence réelle de cette volonté d'arrêter de boire. Il leur faut autre chose, plus qu'aux mots c'est aux actes qu'ils croient, comme en témoigne cette remarque du médecin en direction de celui qui est maintenant un ancien patient de la Villa d'Hestia :

> MEDECIN : Le CSAPA, ils ne peuvent pas, ils ne peuvent pas. Il faut faire avec ce qui existe. Il reste la Croix-Rousse [*sous-entendu l'hôpital de la Croix-Rousse*] où il y a une équipe qui s'occupe de ça et ils peuvent vous hospitaliser pour un sevrage.
>
> MONSIEUR DUTRET : Non parce qu'ils m'ont viré de là-bas.
>
> MEDECIN : Vous voyez, tout à l'heure je vous en ai parlé vous me disiez que vous ne les connaissiez pas… Ils vous ont viré mais ça ne veut pas dire que vous ne pouvez pas aller les voir et leur montrer que vous avez changé. Moi, vous revenez avec un rendez-vous, ils me disent : « Je le revois la semaine prochaine, ça serait bien qu'il ne soit pas à la rue ». Là on discute de revenir dormir à la Villa. Mais ça commence comme ça Monsieur Dutret.

Lorsqu'ils étaient sans l'assistante sociale et l'infirmier, le médecin avait déjà mentionné la possibilité de prendre rendez-vous avec l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

(ELSA) de l'hôpital de la Croix-Rousse. Monsieur Dutret avait dit ne pas connaître ce dispositif. Le fait qu'il revienne sur cette affirmation altère la crédibilité de sa démarche aux yeux du médecin. C'est d'ailleurs ce qui ressortira à la fin de cet entretien quand, entre deux portes, l'assistante sociale dit au médecin qu'elle trouve que Monsieur Dutret est « bien dans un processus de soin » ; il lui répond, surpris de cette réflexion et sceptique, en faisant une grimace : « Tu vois ça toi ? » Le patient est perçu différemment par les deux professionnels.
Si le médecin insiste sur la nécessité que Monsieur Dutret obtienne un rendez-vous c'est parce que les professionnels de l'institution ne sont pas en mesure d'accompagner une personne dans l'arrêt de l'alcool ; telle est le second enjeu de l'échange. Dans les propos des professionnels de la Villa d'Hestia revient souvent l'idée qu'ils n'ont pas de compétences en addictologie, qu'ils ne savent pas comment faire pour répondre à ce type de demande. Cet élément est pointé à plusieurs reprises dans la discussion avec Monsieur Dutret. C'est l'infirmier qui développe ce point auprès de l'ancien patient :

> INFIRMIER : Ce qu'on s'était dit c'était d'essayer de réduire, au lieu d'en prendre 25 n'en prendre plus que 10 et puis voir au quotidien… C'était tant que vous étiez là. Ça avait l'air faisable. Après l'idée d'arrêter absolument moi je ne sais pas trop comment faire, ça demande des lieux qui sont fermés en général. On y va, on ne sort pas pendant je ne sais pas combien de temps, quinze jours, trois semaines, après on va dans un autre lieu où on continue. Ça, nous on ne sait pas vraiment le faire, à moins de fermer la porte, qu'on vous file des médocs et du matin au soir vous ne sortez pas. On ne fait pas ça, ce n'est pas notre mission. Il y a des centres qui font ça. Est-ce que vous avez déjà fait des cures ?
>
> MONSIEUR DUTRET : Ouais. Ça n'a pas marché.
>
> INFIRMIER : Et vous voudriez être ici, arrêter l'alcool et sortir ?
>
> MONSIEUR DUTRET : Ben ouais, faut que j'achète mes clopes, que je puisse aller voir ma meuf, tranquille.
>
> INFIRMIER : Ouais tout à fait.
>
> MONSIEUR DUTRET : Ce n'est pas une prison ici ?!
>
> INFIRMIER : Ben non.

La séquence soulève deux définitions de l'institution et deux conceptions des soins qu'il est possible d'y administrer et d'y recevoir. La première est celle de l'infirmier, qui est aussi partagée par le médecin ; l'assistante sociale n'intervient pratiquement plus dans la conversation quand l'échange s'engage sur les soins. Je note ici une distinction assez nette

entre le domaine du « social » et celui du « médical » ou des « soins », dont m'ont souvent parlé l'assistante sociale et l'éducateur spécialisé. L'infirmier distingue la « mission » des Lits Halte Soins Santé, où l'idée, lors du séjour de Monsieur Dutret, n'était pas de l'accompagner à arrêter de boire mais à essayer de « réduire » sa consommation pendant le temps où il était pris en charge pour sa fracture du coude. Les Lits Halte Soins Santé ne sont pas un lieu où arrêter l'alcool et les professionnels ne savent pas faire. Monsieur Dutret connaît les centres de cure, il y est allé et ça n'a pas marché. Il estime qu'en réintégrant la Villa d'Hestia il serait en mesure de compter sur un collectif de soins composé des professionnels, de sa compagne qu'il pourrait continuer à voir, du buraliste chez qui il pourrait aller acheter ses cigarettes et peut-être d'autres patients – même s'il n'y fait pas référence ici, je le sais proche de Sabri, un patient encore présent. Selon lui, ce réseau de soutiens le rendrait en capacité d'arrêter sa consommation d'alcool. Pour l'infirmier et le médecin, au contraire, il ne peut pas l'accompagner dans ce sevrage car aucun de ses membres n'a de compétences spécialisées en addictologie qu'ils jugent indispensables. Ces relations d'interdépendances ne sont pas considérées comme des appuis capacitaires pour cet objectif. Deux définitions du collectif de soins et de ses apports sont en jeux. Pour le médecin, il manque dans ces appuis un professionnel en addictologie. C'est pourquoi il reprend la parole en réitérant l'idée que Monsieur Dutret doit obtenir un rendez-vous et être accompagné par des professionnels compétents dans une institution spécialisée, à savoir un CSAPA ou un ELSA. À ce moment-là, Monsieur Dutret comprend qu'il ne pourra pas réintégrer l'institution et son ton monte : « De toute manière à chaque fois… ça fait deux fois que vous me mettez dehors ! Ça fait deux fois ! La première fois en 2013 et la deuxième c'est maintenant ! » Le médecin, calmement, lui répond qu'il « pose un cadre » et rappelle « ce que sont les missions de la Villa ». Monsieur Dutret lui demande alors : « Les missions c'est de soigner les gens non ? » Le médecin précise que « c'est prendre en charge les soins à domicile quand il n'y a pas… » Justement, l'interrompt l'ancien patient : « Je n'ai pas de domicile… » Le médecin lui rétorque qu'il n'a « pas de soin non plus pour l'instant », ce qui est faux selon Monsieur Dutret : « Et pourquoi je prends des cachetons pour le cœur et tout le bordel ? » Les médicaments qu'il prend, en l'occurrence du Bisoc Gé®, sont liés à une insuffisance cardiaque. Mais celle-ci ne constitue pas un motif d'admission au dispositif Lits Halte Soins Santé puisqu'elle renvoie à une pathologie chronique alors que l'entrée dans l'institution se base sur des pathologies aigües[341]. D'ailleurs, cette pathologie et la prise de ce traitement

[341] C'est un point que je développerai dans la section 3 de ce chapitre.

n'ont pas permis de prolonger le séjour de Monsieur Dutret à la Villa d'Hestia. Le médecin lui demande s'il prend ses médicaments – l'ancien patient fait un signe de la tête en guise d'affirmation – et rementionne qu'il doit être accompagné par un dispositif en addictologie, donc l'ELSA de la Croix-Rousse puisque le CSAPA de Villeurbanne n'accueille plus de nouveaux patients avant plusieurs mois comme Monsieur Dutret en a fait l'amère expérience. Un silence de quelques secondes s'ensuit, il marque la fin de la conversation. Monsieur Dutret quitte l'institution et n'y reviendra pas durant ma période d'enquête.

Cet échange, qui témoigne d'un désaccord entre un (ancien) patient et des professionnels quant à la conception du lieu de soins et aux définitions des soins possibles aux Lits Halte Soins Santé et à la Villa d'Hestia, invite également à interroger les liens qu'entretient l'institution avec le monde de l'addictologie et, plus généralement, la place de cette spécialité dans les politiques publiques d'accès aux soins des sans-abri.

c/ L'absence de lien avec le monde de l'addictologie

Dans le chapitre 3, j'ai montré comment des relations privilégiées entre un centre d'hébergement et un lieu du monde médical pouvaient favoriser l'accès aux soins de certains hébergé. Madame Dalkocha a ainsi pu faire des examens dans un laboratoire d'analyse médicale malgré l'absence de couverture sociale. La situation de Monsieur Dutret soulève alors une question. Si, via ses démarches personnelles, le patient n'arrive pas se s'attacher à un dispositif en addictologie, ne pourrait-il pas bénéficier de relations privilégiées entre les Lits Halte Soins Santé et un tel dispositif ? Au regard du dénouement de la rencontre entre Monsieur Dutret et les professionnels, la réponse à cette question est claire : la Villa d'Hestia n'a pas ce type de liens. Il s'agit alors de comprendre cette absence de relations, qui peut paraître surprenante au regard des préoccupation de l'équipe pour la question de l'alcool.

Lorsque Monsieur Dutret se rend au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Villeurbanne, on l'informe que les professionnels de ce dispositif ne prennent plus de nouveaux patients avant « trois ou quatre mois ». Comme le dit le médecin, « les velléités, qui devenaient presque des motivations, en tout cas au point d'y aller ben voilà plouf » » Une désynchronisation apparaît : la personne formule une demande pour s'engager dans des soins dès *maintenant* mais le CSAPA ne pourra pas y répondre avant *plusieurs mois*. Aux temporalités de la personne et du CSAPA, s'ajoute celle des Lits Halte Soins Santé où le patient reste pour une durée variable en fonction de son état de santé. Dans

le cas de l'accompagnement aux soins en addictologie, les professionnels de la Villa d'Hestia soulèvent un problème d'ordre temporel, comme l'illustre l'échange suivant à propos de Monsieur Dutret lors d'une réunion d'équipe.

Nous sommes le lundi 8 juin 2015, soit un mois avant les rencontres précédemment relatées. Lors de la réunion d'équipe médico-sociale, les professionnels font un point sur sa situation. Arnaud, l'infirmier, rappelle que samedi soir il a été « ramassé par la police » en état d'ébriété. Il est rentré le dimanche, « alcoolisé, avec des canettes de bière bien visibles dans les poches ». Ce jour-là, Monsieur Dutret lui « a dit qu'il a peur du manque » et lui a confié qu'il a « arrêté de boire pendant sept mois mais qu'il n'a pas réussi car son entourage n'était pas aidant ». On comprend que le patient est à la recherche du collectif, des relations qui lui permettront d'être en capacité d'arrêter l'alcool. La cadre de santé le pressent, c'est pourquoi elle s'interroge et interroge les professionnels présents : « Est-ce qu'on essaye de travailler ça avec lui ou on ne fait rien car on ne va pas le garder ? » Comme on l'a vu précédemment, les Lits Halte Soins Santé ne sont pas un centre de cure ou un lieu de sevrage ; les personnes n'y sont pas admises et n'y sont pas gardées pour des soins en addictologie. Les addictions, quand elles existent, sont toujours des « pathologies associées », pour reprendre la catégorie employée dans les rapports d'activité. Il faut donc entendre la question de la cadre de santé dans ce contexte : les professionnels doivent-ils engager un travail de soins en addictologie alors qu'il est rentré fin avril à la Villa d'Hestia suite à une fracture du coude et qu'il devrait la quitter d'ici quelques semaines ? Arnaud estime qu'« il serait peut-être plus favorable à rencontrer des professionnels en addictologie maintenant ». Audrey, une aide-soignante, semble plus dubitative et insiste sur le fait qu'« il faudrait qu'on ait tous la même conduite » envers Monsieur Dutret ; la cadre de santé entend cette remarque mais reconnaît qu'« on ne peut pas, on est différent, chacun voit les choses différemment ». Elle poursuit en annonçant que « s'il boit comme ça devant nous, c'est une forme de provocation. Là… [*ne termine pas sa phrase mais fait un signe de la main qui sous-entend qu'il sera mis dehors*] ». Elle signale ensuite que « travailler l'alcool s'inscrit sur un temps long » et que le séjour aux Lits Halte Soins Santé est « provisoire » : « Faut-il commencer à engager des soins autour de l'alcool alors que la personne ne va pas rester indéfiniment sur place ? » La question reste en suspens. Hugo, un infirmier résume ce problème de désynchronisation lors de l'entretien que je réalise avec lui :

HUGO : On avait travaillé un peu avec l'équipe mobile d'ARIA[342]. Après on a essayé de travailler un peu avec les CSAPA mais en gros il y a en moyenne trois mois d'attente pour avoir le premier rendez-vous donc les fois où, au fil des discussions, on arrivait à se dire que peut-être ça pourrait être une bonne option qu'il ait cet accompagnement, les fois où les gars arrivaient à passer la porte du truc on leur disait : « Dans trois mois. » Pff ce n'est même pas la peine. Donc le temps que s'amorce le premier rendez-vous, tout ça est parti. En même temps ça fait test aussi mais… il y a des fois c'est un peu décevant, on n'a pas beaucoup de… on n'a pas grand-chose à proposer.

L'incapacité des professionnels de la Villa d'Hestia à répondre à la demande de soins en addictologie de Monsieur Dutret, voire d'autres patients, illustre l'absence de lien de l'institution avec ce « sous monde » (Strauss, 1992 [1978a]) du monde médical, comme l'exprime Audrey :

AUDREY : Les liens sont totalement insuffisants. Enfin, on n'a rien tissé comme lien je dirais par rapport aux addictions. Moi je trouve qu'on est assez isolé par rapport à ça. C'est soit ils [*les patients*] arrivent déjà avec leurs suivis et donc ça ils continuent, soit… Tu vois, il manque un maillon pour… Est-ce qu'on les oriente quelque part ? Est-ce que quelqu'un de l'extérieur vient pour commencer une prise en charge ? Je trouve que là-dessus nous on n'a rien. Je te dis, on a testé ARIA [*équipe mobile en addictologie*] ça n'a pas fonctionné. C'est ça ou alors ils sont déjà pris en charge ailleurs. Il manque un relais extérieur je pense.

Audrey, une aide-soignante présente depuis l'ouverture de la Villa d'Hestia, et Hugo évoquent les interventions de professionnels d'ARIA, cette équipe mobile en addictologie qui intervient dans différentes institutions de l'urgence sociale. Au cours de mon enquête au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, j'ai régulièrement croisé l'infirmière et le psychologue de ce dispositif dans certains centres d'hébergement. Cela m'est apparu étonnant de ne pas les retrouver à la Villa d'Hestia, tant la question de l'alcool constitue un problème pour les professionnels. Plusieurs d'entre eux m'ont expliqué qu'ARIA intervenait dans l'institution mais que leurs venues ont été arrêtées. Le psychologue et l'infirmière animaient un groupe de parole dont Mathilde, une aide-soignante qui y a participé, donne quelques informations :

[342] Il s'agit d'une équipe mobile en addictologie, rattachée au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie du Griffon à Lyon, composée d'une infirmière en addictologie, d'un psychologue clinicien et d'un médecin addictologue qui interviennent dans différentes institutions de l'urgence sociale

MATHILDE : Alors moi j'y avais participé une ou deux fois, très rarement. Moi j'avais trouvé que ça avait été dure à se mettre en place, je pense qu'ils ne l'ont pas fait assez longtemps pour que ça fonctionne. C'était vraiment... Déjà, ce n'était pas forcément axé sur l'alcool, c'était vraiment très libre et du coup ça finissait plutôt en séance : « Oui mais alors tel professionnel ne m'a pas donné ça… », enfin tu vois. Je pense que ça n'a pas duré assez longtemps pour qu'il y ait vraiment un travail qui se mette en place donc je pense que ça peut être remis en place les groupes de parole. Mais ce n'était pas assez régulier, pas assez… c'est une piste mais elle n'a pas été concluante on va dire.

GABRIEL : Même si c'était ARIA, vous ne parliez pas forcément d'addictions ?

MATHILDE : Ah non non c'était... ils choisissaient ce qu'ils voulaient dire donc du coup je te dis, ça partait sur des trucs, plutôt des règlements de compte : « Elle n'a pas fait ci, elle n'a pas dit ça. » Enfin voilà, moi j'ai dû assister à deux trois séances mais pff et du coup ça n'a pas duré longtemps d'ailleurs, ça n'a pas pris.

Le médecin de la Villa d'Hestia, lui aussi déjà présent à cette époque, va dans le même sens que Mathilde au cours de l'entretien que je réalise avec lui :

THIERRY : Ils ont animé, à une époque, un groupe de parole à deux en essayant d'intégrer un peu de personnel, c'est à dire qu'y avait toujours une infirmière de la Villa qui était censée s'emparer de ce qui s'était débattu pendant ces groupes de parole pour en faire quelque chose. Pff alors on n'était peut-être pas compétent pour prolonger ça après mais on avait plus l'impression d'en subir les conséquences. Ça devenait une espèce de psychodrame qui se déroulait un peu en secret : il y avait que cette équipe mobile et notre infirmière et on voyait exploser des choses après dans la Villa dont on ne savait pas quoi faire. Ils ont éprouvé le besoin aussi de proposer des prises en charge individuelles à un certain nombre de patients et puis, limités par leurs emplois du temps, leurs... ils n'ont pas honoré certains rendez-vous donc j'ai trouvé que ça devenait un leurre et même un peu pernicieux puisque des gens s'accrochaient à ce truc là et ça ne marchait pas. Donc ça s'est arrêté. Moi j'ai pu leur dire, depuis je n'ai pas de nouvelles. Donc voilà, on n'a pas réussi à faire rentrer à l'intérieur des murs une compétence en addictologie donc moi dans ma pratique je me suis simplement autorisé à rappeler à tous mes patients ayant quelques soucis avec l'alcool qu'il existait des lieux avec des gens compétents, spécialisés et j'ai essayé de les renvoyer sur ces lieux-là.

Cette absence de liens avec le monde de l'addictologie peut être élargie. En effet, contrairement aux institutions d'hébergement non médicalisées, analysées dans le chapitre 3, pour lesquelles les professionnels – les travailleurs sociaux en interne ou les membres de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, par exemple – créent des relations multiples et fragiles avec des professionnels de santé situés à proximité, la Villa d'Hestia, une institution médicalisée, n'entretient pratiquement pas de liens privilégiés de cet ordre, si ce

n'est avec une pharmacie du quartier. Elle n'a par exemple pas de liens avec des institutions en addictologie qui pourraient faciliter voire accélérer la prise en charge de certains patients. En accentuant légèrement cet aspect, on pourrait dire que le collectif de soins, à la Villa d'Hestia, se limite aux murs de l'établissement quand celui des centres d'hébergement non médicalisés est ouvert sur l'extérieur et en particulier sur le quartier. Aux Lits Halte Soins Santé, les soins sont pensés en interne, du fait de la présence d'un médecin, d'infirmiers et d'aides-soignants, alors que les travailleurs sociaux des structures d'hébergement non médicalisés sont obligés de s'appuyer sur des acteurs extérieurs. Il s'agit de deux tendances dans l'accès aux soins des sans-abri : des institutions sans soignants qui doivent créer des liens avec des professionnels de santé de « droit commun » ; des institutions médicalisées dédiées aux sans-abri où les professionnels de santé sont sur place.

Revenons aux liens entre l'urgence sociale et le monde de l'addictologie. Comme je l'ai indiqué, si la Villa d'Hestia n'a pas de liens avec des professionnels de ce monde-là, d'autres institutions d'hébergement en ont. Cependant, il est intéressant de noter que si les addictions – en particulier l'alcool – constituent un problème récurrent pour les professionnels dans les institutions accueillant des personnes sans abri, il existe peu de rencontres entre le monde de l'assistance et le monde de l'addictologie. Il y a par exemple peu de professionnels de l'urgence sociale qui ont un Diplôme Universitaire en addictologie[343]. De même, au sein du Réseau Social Rue Hôpital il n'existe aucune institution intervenant sur l'accès aux soins en addictologie des personnes sans abri, alors qu'il existe des équipes dédiées à l'accès aux soins « psy » et somatiques. Je me rappelle notamment d'un comité de suivi du Réseau Social Rue Hôpital à l'Agence Régionale de Santé (ARS), à Lyon, le 16 janvier 2014 auquel je me rends avec la médecin et l'infirmière de l'Équipe Mobile. À l'accueil, nous croisons la chef de service d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD[344]). Les professionnelles se connaissent et se saluent. Je la connais également et lui demande si elle participe au Réseau Social Rue Hôpital. Elle nous informe qu'elle participe à une réunion sur « addiction et précarité ». Le même jour, à la même heure, dans le même bâtiment, se tiennent deux réunions consacrées pratiquement au même public

[343] Je prends cet exemple à bon escient car localement il existe un diplôme interuniversitaire en « pratiques addictives » (Université Claude Bernard Lyon 1, Université Jean Monnet Saint-Etienne, Université de Grenoble Alpes, Université Clermont Auvergne). À la suite du travail d'enquête sur l'alcool, deux professionnels de la Villa d'Hestia évoqueront la possibilité de suivre cette formation.

[344] Les CAARUD sont des accueils de jour où les personnes peuvent, par exemple, ramener des seringues utilisées et en récupérer des propres.

mais qui ne réunissent pas les mêmes institutions. Cette anecdote n'a rien d'anecdotique : elle témoigne d'une séparation des mondes, au niveau de la définition des politiques publiques dont l'ARS est chargée de la mise en œuvre, qui peuvent se rencontrer plus ou moins régulièrement sur le terrain, dans les pratiques des professionnels[345].

2/ Les patients habitants du quartier

Poursuivons cette première analyse de la place de l'alcool à la Villa d'Hestia. S'il existe des consommations d'alcool entre les murs de l'établissement, la plupart des patients vont boire dans le quartier, dans des bars ou, plus généralement, sur des bancs dans l'espace public (a). Autour de ces consommations d'alcool, émergent, là aussi, des formes de prendre soin. Je m'arrêterai sur une pratique dans laquelle s'engagent aussi bien des patients de la Villa d'Hestia que des passants : raccompagner jusqu'à l'établissement une personne en état d'ivresse (b). Cependant, la vie dans le quartier des patients de la Villa d'Hestia ne peut se résumer à l'alcool, d'autres usages de l'environnement, à proximité immédiate de l'établissement, existent aux bords du soins (c).

a/ Boire de l'alcool à l'extérieur

Avoir et boire de l'alcool entre les murs de l'établissement sont interdits. Cependant, des patients consomment entre les murs. Avant de s'intéresser, dans le chapitre 5, à des consommations d'alcool dans l'établissement saisies du côté des buveurs, arrêtons sur quelques discours de non-buveurs qui témoignent de ces « adaptations secondaires » (Goffman, 1968 [1961], p.245). On perçoit d'abord des traces visuelles : des canettes vides jonchent des parties du jardin intérieur de la structure et les professionnels en retrouvent également dans les poubelles, comme me le signale Mathieu, un agent de service hospitalier, au cours d'une discussion informelle le 22 juin 2015 : « On voit quand on vide les poubelles des canettes ou des bouteilles. On ne peut rien dire, on voit que c'est là mais on ne sait pas qui les a mises ». Valérie, une aide-soignante également présente à ce moment-là, renchérit en donnant l'exemple d'une « bouteille de gin » qu'elle a trouvée « l'autre jour ». Pour les patients qui ne boivent pas, ces consommations peuvent être difficiles à supporter comme en

[345] La séparation et les imbrications entre le monde de l'assistance et le monde de l'addictologie, les rencontres entre les professionnels de ces deux mondes mériteraient d'être approfondies dans une perspective ethnographique et socio-historique.

témoigne Pierre, aux Lits Halte Soins Santé depuis huit mois. Il a toujours été dans une chambre double :

> PIERRE : Toujours la même. J'ai d'abord eu David. Après j'ai eu Monsieur Amano, je ne sais pas si tu l'as connu. Très discret, très sympa, très gentil. Et là j'ai Monsieur Dutret, par contre c'est un peu plus dur. Il ne m'embête pas, mais c'est compliqué au niveau de l'alcool, il rentre tard, alcoolisé, il fait du bruit, voilà.
>
> GABRIEL : La nuit…
>
> PIERRE : Il est ici, mais il rentre tard dans la chambre… Tu vois, je suis triste pour ceux qui se détruisent avec l'alcool. Comme Éric, j'ai l'impression qu'il ne passera pas l'hiver. Ce problème il n'est pas assez présent ici.
>
> GABRIEL : L'alcool ? La prise en charge de l'alcool ?
>
> PIERRE : Ouais. Il est présent quand quelqu'un se fait prendre avec une bouteille ici, mais… Il faut encourager les gens à ne pas rentrer dans un état pas possible le soir, il faut les encourager.
>
> GABRIEL : Comment ? En mettant des horaires ?
>
> PIERRE : Non, pas mettre des horaires, mais quelqu'un qui rentre et qui est trop agressif, pas apaisé, il ne rentre pas le soir. Il rentre après, quand il est calmé. Des fois à table, franchement, c'est pénible, c'est bruyant. Et puis une personne énervée, ça peut énerver un groupe facilement, la tension elle se transmet. Après je comprends, c'est un problème très compliqué : comment interdire ? Comment ne pas interdire ?

Tout en exprimant un souci et une inquiétude pour des patients, comme Éric, qui se « détruisent avec l'alcool », Pierre met en avant les effets dérangeants de certaines alcoolisations, en termes notamment sonores : « l'ivresse bruyante » (Farge & Laé, 2000, p.113) constitue ici une situation problématique, elle vient troubler la quiétude que les patients doivent respecter. En suivant les propos de Pierre, les situations de bruit sont particulièrement présentes dans deux espaces-temps qui exigent coprésence et proximité physique : dormir la nuit dans une chambre qui peut être, comme dans son cas, partagée avec un autre patient ; et le temps du dîner qui est pris collectivement à 19h dans le réfectoire. Pour les professionnels aussi, ce moment cristallise une forte attention. Le dîner est en effet un temps particulier puisque plusieurs patients peuvent y venir après avoir passé une plus ou moins grande partie de l'après-midi à consommer de l'alcool. Il arrive, dans certains cas, qu'une personne alcoolisée jugée trop bruyante et trop perturbante pour le collectif soit sanctionnée afin d'éviter, comme l'écrit Jacqueline Wiseman (1979 [1970], p.67) dans un tout

autre contexte, « les désagréments publics » résultant de l'ivresse. Ainsi, les professionnels peuvent décider d'exclure la personne du repas, qu'elle prendra seule, dans un second temps, comme me l'explique Laura une agent de service hospitalier en charge du service : « Parfois on les ramène même dans leurs chambres et ils ne mangent pas. Si le patient est excité, il n'a pas à perturber tout le monde, après on le sort, on le met dans la chambre et après on le ramènera, il mangera après. Il ne restera pas le moment du repas parce qu'il dérange tout le monde. S'il commence à s'exciter, à insulter, vaut mieux qu'il aille prendre l'air.[346] »

Mais si des adaptations secondaires existent, concernant l'alcool, la plupart des patients font preuve d'une « adaptation primaire » (Goffman,1968 [1961], p.245) : ils vont boire de l'alcool en dehors de l'institution à partir de 13h. Ici, l'interdiction de sortir avant 13h et l'interdiction de boire se recoupent : des patients attendent l'autorisation de sortir pour enfin pouvoir aller boire, comme l'exprime Sabri. Âgé de 51 ans, il est arrivé fin mai 2015 à la Villa d'Hestia après s'être cassé la clavicule en faisant une chute liée à une crise de tétanie. Le matin il parle longuement de l'alcool, avant d'aller en boire l'après-midi. Le 22 juin 2015, alors que je passe la matinée avec Valérie, une aide-soignante, pour suivre son travail, nous croisons Sabri. Elle lui demande si « ça va ». Il lui répond en faisant la moue : « Mouais. Vivement 13h ! » La professionnel, jouant la naïve – « Pourquoi ? » – Sabri lui explique : « Pour sortir ! Je vais me prendre des bières fraîches ! » Quelques minutes avant 13h, Sabri, comme d'autres patients pressés de sortir se retrouvent dans le hall d'entrée. Quand la secrétaire ouvre la porte, les espaces partagés comme le coin fumeur et le hall d'entrée, si animés en matinées, deviennent déserts. Suivons alors quelques patients dans le quartier ou écoutons ce qu'ils nous disent de leurs pratiques hors de l'établissement.

En arrivant à la Villa d'Hestia, les personnes sans abri arrivent dans une nouvelle institution et, aussi, dans un nouveau quartier[347]. Confrontées à l'inconnu, elles entreprennent d'« explorer la ville », en clin d'œil au titre de l'ouvrage d'Ulf Hannerz (1983), elles s'engagent à découvrir ce quartier et les lieux qui le composent. Pour les buveurs, il s'agit plus spécifiquement d'identifier où et comment consommer de l'alcool dans les *meilleures conditions* possibles ; conditions qui varient selon les moments et les personnes, comme nous allons le voir à partir de quelques cas. Commençons avec Monsieur Taous qui est âgé de 40

[346] Si je recours uniquement à des entretiens pour aborder cette question c'est que malgré une présence répétée lors du dîner, je n'ai jamais pu observer directement ces situations où des patients perturbent le repas en raison de leur alcoolisation et en sont exclus. Cependant, il est arrivé que certains patients ne se présentent pas au repas du soir, car ils étaient trop ivres pour venir manger.

[347] Il est difficile de généraliser mais notons qu'à la quinzaine de personnes à qui j'ai demandé si elles connaissaient le quartier avant leur première entrée à la Villa d'Hestia, aucune n'a répondu positivement.

ans. Il est arrivé à la Villa d'Hestia en avril 2012. Depuis trois ans, il a arpenté les alentours de l'institution et fait le tour des bars qu'il m'énumère : la Gamelle, le Bar du tramway, l'Étincelle. C'est ce dernier qui a sa préférence, surtout quand le temps se rafraichit et qu'il est plus difficile de rester dehors. Plusieurs raisons justifient cette préférence – « ils passent de la bonne musique et puis le gérant il est sympa aussi » – mais la principale concerne la possibilité de fumer à l'intérieur, comme il me l'apprend au cours d'une discussion informelle, le 20 octobre 2015 : « Il y a un bar dans le quartier où on peut fumer, cours Vitton, l'Étincelle. » Quand je lui demande si c'est le seul du quartier où il est possible de fumer, il me confirme que oui : « Ouais, j'ai fait le tour, qu'est-ce que tu crois ?! » Éric, quant à lui, se rend de temps en temps à la Gamelle, un bar qu'il a d'ailleurs pris en photo. Il y va de temps en temps, suffisamment souvent pour être reconnu des serveurs qui le saluent, prennent de ses nouvelles et le tutoient comme j'ai pu le constater les deux fois où je l'ai accompagné. Cependant, pour Éric et Monsieur Taous, de même que pour les autres personnes qui boivent quotidiennement, le lieu principal de consommation d'alcool est le banc. Ce choix répond à une question économique, comme me le dit Monsieur Taous qui perçoit l'AAH : « Je n'ai pas assez d'argent pour aller au bar tous les jours. C'est moins cher d'aller prendre des canettes au supermarché et d'aller se poser sur un banc. »

La Villa d'Hestia donne sur la rue Antonin Perrin. En sortant, les patients ont deux possibilités, aller à gauche ou à droite. À gauche, après avoir dépassé l'arrêt de tramway Reconnaissance-Balzac, se trouve une petite allée piétonne d'une dizaine de mètres, longée d'arbres et de buissons, où se répartissent trois bancs. La plupart des patients appellent ce lieu le « square ». Cet espace se situe à une centaine de mètres de l'institution et a l'avantage d'être également à 200 mètres d'une épicerie et d'un supermarché U-Express où il est possible d'acheter de l'alcool. Jusqu'à l'été 2015, il s'agit de l'espace privilégié des buveurs qui s'y retrouvent à plusieurs. C'est cet espace qui a été au cœur du problème public de voisinage analysé dans le chapitre 1. À la suite des plaintes de certains voisins, les patients se sont dispersés sur d'autres bancs du quartier. Ceux qui venaient quotidiennement dans cet espace, ont ainsi pris l'habitude de tourner à droite en sortant de la Villa d'Hestia pour aller s'installer sur des bancs à proximité de la place GrandClément. Le Carrefour Market, situé près de cette place, est alors devenu le nouveau lieu de ravitaillement. Le 3 juillet, au cours d'une discussion informelle, Sabri m'explique qu'à force de s'y rendre il a sympathisé avec l'un des vendeurs qui lui permet de cacher des canettes de bière sous des sachets de produits surgelés afin qu'il ait des bières fraiches en cette période de chaleur estivale.

Toutes ces pratiques dessinent des « bases territoriales » (Bruneteaux, 2016, p.122) ; « bases territoriales » qu'il faut entendre comme des « *home territory* » (Cavan, 1966). Dans son ouvrage, Sherri Cavan s'intéresse aux interactions dans les bars et dégage la figure de « l'habitué » qu'on peut ici reprendre : les buveurs deviennent des habitués pour certains commerçants et des habitués de certains lieux. La base territoriale est ainsi un territoire d'attaches, au sens où via l'alcool se tissent des attachements à des personnes et à des lieux caractéristiques de l'habiter : « Le fait d'habiter un lieu repose sur une inscription dans des relations sociales qui attache l'individu à un espace d'appartenance et lui permet d'affirmer : "Je suis d'ici". Il se libère ainsi de l'extraterritorialité identitaire dans laquelle il est toujours repoussé. S'inscrire en un lieu, c'est entrer dans une logique collective, avoir enfin une identité dicible, un territoire partageable » (Girola, 2011, p.60). C'est ce territoire partageable, partagé et commun entre des patients de la Villa d'Hestia et des habitants du quartier que je souhaite mettre en avant en m'arrêtant sur une pratique : celle qui consiste à raccompagner des patients en état d'ivresse aux Lits Halte Soins Santé.

b/ Raccompagner le patient en état d'ivresse

Les consommations d'alcool dans le quartier se font généralement en groupe. À l'instar de la fréquentation des cafés aux heures creuses pour les « exclus du travail à-côté », il s'agit de moments de « compagnie » (Weber, 2009 [1989], p.75). Les patients se retrouvent ensemble autour de la boisson et, à travers l'alcool et son partage, se réaffirme une « appartenance au groupe » (Girola, 2007, p.525). Ces temps de consommation dans l'espace public ressemblent aux moments passés dans le coin fumeur de la Villa d'Hestia, l'alcool et ses potentiels effets en plus. Les conversations du matin se prolongent l'après-midi : il y est toujours question du quotidien dans l'institution, de la vie passée, de l'avenir espéré et de l'état de santé de chacun. L'expérience commune de la maladie ne s'arrête pas aux murs de l'institution, elle est perpétuellement présente et influence également la manière de boire et la quantité d'alcool consommé. Des patients profitent par exemple de leur temps à la Villa d'Hestia pour moins boire ou boire autrement. C'est le cas de Robert, un patient de 55 ans, arrivé à la Villa d'Hestia en septembre 2014. À l'été 2015, ses soins orthopédiques touchent à sa fin et d'ici quelques semaines il partira pour un centre d'hébergement de l'agglomération. En cet après-midi du 10 juillet, je le retrouve assis sur un banc, avec Monsieur Taous, à proximité de la

place GrandClément. Une canette de bière à la main, il m'explique l'évolution de sa consommation d'alcool :

> ROBERT : Avant, je buvais que du rosé. Un matin, après le café, je n'étais pas bien [*il pose sa main gauche sur son ventre*], j'ai vomi. Là, je me suis dit : stop le rosé. Le rosé ce n'est pas bon avec cette chaleur et mon état, je fais gaffe, je réduis. Maintenant je bois plus de vin, que de la bière, deux-trois et voilà. Je n'ai pas dit que je n'en reboirai pas mais pour le moment c'est fini. Je vois la différence. Quand je buvais du rosé, le matin je tremblais. Maintenant ça va, je suis comme ça [*il tend les bras, écarte les doigts de la main sans trembler*].

Les propos de Robert témoignent de ces pratiques d'« autocontrôle », ici à travers un changement de produit ou une réduction de la quantité, si présentes chez les usagers de drogues (Castel & Coppel, 1991). Au-delà de leur propre consommation, les personnes veillent également à la consommation de leurs collègues, les contrôlent. J'ai retrouvé lors de ces moments des observations déjà réalisées par ailleurs par Claudia Girola : « Lorsqu'une personne était en état d'ivresse, elle était accompagnée jusqu'à l'entrée de l'établissement. C'était au groupe de surveiller les individualités trop marquantes, l'ivresse étant finalement assumée par le collectif » (Girola, 2007, p.527). C'est sur cette pratique que je souhaite ici m'arrêter.

Le 7 mai 2015, à 16h, je suis dans le réfectoire de la Villa d'Hestia pour le temps de « collation » – café, jus de fruit, biscuits, fruits sont servis en guise de goûter. Robert est assis à une table, seul, en train de boire un café. À la manière chaleureuse dont il me salue, lui qui est si mutique le matin, je comprends qu'il a bu. C'est avec l'alcool qu'il peut s'exprimer, comme j'ai pu plusieurs fois le constater. Je m'assois en face de lui, on discute. Il me parle d'Éric, un autre patient. Tous les deux ont vécu ensemble dans la rue, pendant plusieurs années, dans le quartier de la Guillotière, à Lyon, où ils avaient leurs habitudes. Leurs problèmes de santé et leurs circulations respectives dans le circuit de l'assistance les ont séparés et c'est par hasard qu'ils se sont retrouvés à la Villa d'Hestia en 2014. Les retrouvailles furent chaleureuses. Ils ont repris des habitudes et ont recommencé à aller boire ensemble les après-midi. Durant la période d'enquête, Robert et Éric ont deux rapports différents à l'alcool. Le premier tente de réduire sa consommation alors que le second semble toujours consommer de manière excessive. Cet après-midi-là, Robert m'explique qu'il vient de ramener Éric que je vois par la fenêtre somnoler sur son fauteuil roulant dans le coin fumeur :

ROBERT : Tout à l'heure on était aux bancs : « Robert, tiens prend un billet de 5 euros, va chercher à boire. » « On vient de boire deux bouteilles, ça suffit ! » « Je sais que tu supportes plus que ça… » Je lui fais : « Mais ce n'est pas une histoire que je supporte... oui bien sûr alors là, avec tes 5 euros je vais mourir de soif. » Mais je lui ai dit : « Non, stop ! » Je lui donne ma béquille. Il me fait : « T'es chiant ! » Je lui dis : « Ouais je sais » [*rire*]. Et je l'ai ramené.

Profitant du manque de mobilité d'Éric, Robert le ramène, estimant qu'il a assez bu pour cet après-midi. Par ce geste, il contrôle et limite sa propre consommation d'alcool et celle de son ami. Le même genre de situation se déroule le 11 juin. Il est environ 14h30 quand je retrouve Éric, Roman et Sabri installés sur les bancs du « square ». C'est la première fois que je vais passer un moment avec eux alors qu'ils sont en train de boire. C'est Sabri qui, le matin même, m'avait indiqué qu'ils seraient là et que je pouvais passer les voir. Sabri boit une bière alors qu'Éric et Roman se partagent une bouteille de rosé. Roman ne parle pas français, Sabri et Éric monopolisent la parole. La conversation est un peu décousue mais porte essentiellement sur l'alcool, les tentatives de réduction de Sabri et les expériences passées de chacun. Après plus d'une heure passé ensemble, au milieu de la deuxième bouteille, Éric fait demi-tour avec son fauteuil et s'écarte du groupe. Surpris, je me tourne vers Sabri : « Qu'est-ce qu'il lui arrive ? » Sabri hausse les épaules. On reste assis plusieurs secondes, regardant Éric qui nous tourne le dos, tentant de repérer un signe qui pourrait nous indiquer ce qu'il se passe. Je suis le premier à me lever et à aller le voir. Quelques larmes coulent de ses yeux. Je m'accroupis près de lui. Il me dit : « Quand ça ne va pas, je préfère m'éloigner. » Il poursuit : « Ma vie est finie ! » Il continue de parler mais je ne comprends pas ce qu'il me dit ; quand il a bu ou qu'il est fatigué, il n'articule pas et sa voix ne porte pas. Je reste près de lui, sans savoir quoi faire ni quoi dire. Sabri nous rejoint. Éric s'est arrêté de parler, ses yeux rougis se ferment, se réouvrent puis se referment ; il somnole sous l'effet de l'ivresse. Sabri lui dit avec entrain : « Et ben papy, ça n'a pas l'air d'aller ! T'as assez donné pour aujourd'hui je crois ! » À la réaction de Sabri, je comprends qu'il est temps de ramener Éric et je me propose de l'accompagner. Nous repartons à la Villa d'Hestia tous les trois, Roman nous faisant comprendre qu'il finit sa bouteille sur le banc. Une fois entrée, je demande à Audrey ce qu'il faut faire d'Éric à moitié endormi. Elle me dit de le laisser dans le hall et qu'elle repassera voir comment il va. Je rejoins Sabri dans le coin fumeur. Il m'indique qu'« il faut l'avoir à l'œil, il ne s'arrête pas de boire mais il ne tient plus comme avant. En plus regarde, il a que la peau sur les os, il n'est pas bien épais. T'as vu, l'alcoolisme ça amaigri, regarde-moi c'est

pareil [*remontant son pantalon trop large*] ! » Cette situation fait émerger une « sollicitation » :

> « Penser la "sollicitation" est une manière possible d'opérer le décalage requis par l'étude de l'expérience citoyenne. De manière complémentaire aux notions de "concernement" et de "trouble", la notion de "sollicitation" permet de porter attention au rôle joué par la perception dans la définition des situations et de leur portée. Chercher à décrire ce qui nous sollicite et comment, c'est prendre acte du fait qu'avant de mettre en jeu des raisonnements ou des délibérations, le *sens du juste*, au sens de ce qui peut et doit être entrepris et une certaine sensibilité (indissociablement morale et politique), passe par des *manières de voir* » (Bidet & al., 2015).

Cette dimension phénoménologique engage des « schèmes corporels de perception » (Weber, 2009, p.214). Nous – je m'inclus dans la situation où nous raccompagnons Éric avec Sabri – décryptons des signes qui nous sollicitent et nous invitent à agir : Éric quitte la situation d'interaction en s'éloignant et en nous tournant le dos ; nous ne comprenons pas bien ce qu'il dit ; quelques larmes coulent de ses yeux dont les paupières s'affaissent. Sabri décide qu'il est temps de la ramener. Contrairement à moi, son jugement ne s'appuie pas uniquement sur la situation en cours. Il a déjà bu avec Éric, il sait comment il boit et il a conscience qu'il ne supporte plus l'alcool « comme avant ». Ces expériences passées et partagées lui permettent de décréter qu'il faut le ramener. Il en est de même pour Robert. Dans son récit, rien n'indique qu'Éric est dans le même état que celui dans lequel nous l'observons avec Sabri. Cependant, après avoir bu deux bouteilles, il estime qu'il a suffisamment bu et qu'il faut le ramener. Ce geste de raccompagner un patient en état d'ivresse révèle ce prendre soin entre les patients, entre les voisins, analysé dans la section 1 de ce chapitre.

Ce qui rend ce geste si particulier c'est qu'il permet d'élargir le cercle du voisinage ; la relation de soin entre voisins ne se limitent pas aux patients accueillis à la Villa d'Hestia, elle peut potentiellement engager des passants du quartier. Je n'ai jamais observé directement ces situations mais deux professionnelles, l'assistante sociale et une aide-soignante, m'informent, au détour d'une phrase, que des habitants du quartier ont déjà raccompagné des patients en état d'ivresse à la Villa d'Hestia[348]. Les informations que j'obtiens ici manquent de précision.

[348] Je me retrouve moi-même dans cette situation de passant qui raccompagne à son centre d'hébergement une personne sans abri en état d'ivresse ; et encore une fois il s'agit d'Éric. Nous sommes le 26 mars 2016. Je suis dans le quartier de la Guillotière, dans le 7ème arrondissement de Lyon. Je marche dans la rue. À une centaine de mètres en face de moi, je vois un embouteillage de quelques voitures qui klaxonnent. En m'approchant, je comprends qu'Éric bloque la circulation. Il est en fauteuil roulant sur la route, proche du trottoir, mais les voitures n'arrivent pas à le dépasser. Lorsque j'arrive à sa hauteur je déplace son fauteuil sur le trottoir. Je lui demande comment il va. Même si je ne l'ai pas vu depuis plusieurs mois, à sa manière de s'exprimer je comprends qu'il est en état d'ivresse. Les trottoirs dans ce quartiers étant parfois étroits et cabossés, il ne devait avoir des difficultés à se déplacer. Je lui propose donc de l'accompagner au Centre Gabriel Rosset, situé à

Cependant, elles font écho à l'« engagement en passant » de certains habitants qui composent le 115 pour des sans-abri présents dans l'espace public (Bidet & Le Méner, 2014). Les passants peuvent enquêter sur les situations de coprésence, veiller à la fragilité d'autres personnes qu'ils croisent, être attentifs à elles, faire attention et éventuellement leur venir en aide dans une considération des personnes qui peut être qualifiée de « démocratique » (Bidet, 2020). Ici, ces anecdotes laissent supposer deux choses : d'une part, à l'image de ce que nous avons vécu avec Sabri dans la relation précédente avec Éric, une personne a été identifiée comme ayant besoin d'une aide ; dans sa situation elle a sollicité un passant qui est intervenu. D'autre part, la personne a été identifiée par un passant comme un patient de la Villa d'Hestia puisque c'est là qu'elle a été raccompagnée. Les interactions dans l'espace public ne se limitent pas à l'« inattention civile » (Goffman, 2013 [1963]) ; ou, plutôt, c'est parce que l'*inattention* est une affaire de coups d'œil qu'elle peut se transformer en *attention*, lorsque le regard s'arrête sur une situation qui interpelle, qui sollicite le passant. Et le côtoiement peut alors ouvrir sur des formes d'engagement auprès des sans-abri, comme l'analyse Carole Gayet-Viaud (2011) en s'intéressant à « l'activité pédagogique » du Collectif les Morts de la Rue. La relation de soin déborde ainsi sur le quartier et s'élargit aux habitants du quartier et aux passants qui sont susceptibles d'intervenir, eux aussi, auprès des sans-abri[349]. Ces observations soulignent une dimension importante des collectifs de soins qui s'élaborent autour des patients sans abri. À la Villa d'Hestia, ils se composent à la fois de relations fréquentes – avec les professionnels et d'autres patients – mais aussi de liens ponctuels avec des passants qui rappellent « la force » et « le pouvoir des liens faibles » (Granovetter, 1973 ; Gefen & Laugier (dir.), 2020). En associant ces observations à la plainte formulée de certains habitants quant aux consommations d'alcool dans l'espace public de certains patients de la Villa d'Hestia, on comprend que celles-ci engagent des relations de voisinage qui relèvent « autant du registre de la différenciation et de la dispute que de la reconnaissance de l'autre » (Girola, 2004).

proximité de la rue où nous nous trouvons, où il était hébergé la dernière fois que je l'ai vu. Il me semble qu'il accepte, mais j'ai du mal à décrypter sa réponse. C'est pourquoi, en arrivant au centre, je vérifie auprès d'un agent toujours présent à l'entrée si Éric est bien hébergé là ; ce qu'il me confirme.

[349] Pour ne pas limiter le soutien que peuvent apporter des passants à des personnes sans abri à des situations relatives à l'ivresse, repensons au début de cette thèse : je croise Monsieur Claude qui, après plusieurs minutes de discussion, me demande de lui préciser ces prochains rendez-vous médicaux en me donnant des papiers qu'il n'arrive pas à lire en raison de problèmes aux yeux.

c/ Sortir dans le quartier et s'évader

Les usages du quartier ne se résume pas seulement aux consommations d'alcool dans l'espace public ou dans des bars. Arrêtons-nous donc sur d'autres pratiques pour terminer cette section. Les horaires de sortie établis à la Villa d'Hestia font l'objet de critiques de la part des patients : certains se plaignent d'être en « prison », le terme est plusieurs fois revenu au cours de discussions informelles ; et quelques-uns inventent des rendez-vous administratifs pour sortir, comme me l'ont relaté des professionnels. Les après-midi sont alors des occasions pour s'évader ; non pas au sens de s'échapper définitivement de l'institution mais au sens de s'en éloigner temporairement avant d'y revenir. L'évasion est à la fois physique et mentale. C'est ce dont je me rends compte en accompagnant José lors d'une promenade dans le quartier.

Lors d'un entretien qu'il m'accorde dans sa chambre, nous en venons à parler du quartier. Tout est parti d'une demande : je souhaitais photographier sa chambre, l'aménagement de l'espace. Il accepte mais trouve que c'est le « désordre » et me propose d'attendre pour lui laisser le temps de ranger. Alors qu'il s'affaire au rangement, l'entretien se relance, des informations nouvelles apparaissent, d'autres sont reformulées, précisées voire développées. En même temps qu'il saisit des objets, qu'il les replace, il m'en parle et je le questionne. Il me raconte leurs origines, leurs histoires et leurs significations : les objets prennent sens. En replaçant ses livres sur la petite étagère en dessous de la fenêtre, il me reparle par exemple de la bibliothèque qu'il possédait et qu'il a perdu lorsqu'il a été expulsé de son logement. À côté de la pile de livres, une drôle de peluche blanche et noire que j'ai du mal à identifier. Curieux, je lui demande ce qu'elle représente. Il me répond qu'il s'agit d'un pingouin qu'il a acheté dans une papeterie-librairie du quartier où il se rend régulièrement. Sentant mon intérêt, il me propose de l'accompagner dans cette boutique et en profite pour me faire découvrir « son » quartier. Cette « promenade », comme la qualifie José, se déroule le 7 juillet après-midi. À cette occasion, une méthode par itinéraire, entendue comme « la réalisation d'un parcours où l'interviewé guide et initie le chercheur sur le territoire de ses références au rythme et aux rites sur lesquels s'articule son récit » (Petiteau & Renoux, p.130), est mise en œuvre.

Nous quittons la Villa d'Hestia vers 14h. Nous prenons à gauche, la direction du « square ». On y passe et on s'arrête quelques minutes sans nous asseoir pour échanger quelques mots avec Éric, Robert, Sabri et Monsieur Taous. Nous ne nous attardons pas, José a une « aversion pour la boisson », comme il me l'a expliqué lors de l'entretien. On s'engage sur le cours Richard Vitton, une rue commerçante. Il m'amène dans un magasin U-Culture qui se

compose de trois espaces principaux : une papèterie, une librairie et un espace dédié aux enfants. C'est là qu'il avait acheté sa peluche. Il m'explique qu'il vient de temps en temps pour feuilleter des ouvrages qu'il n'achète pas. Je me rappelle ce qu'il me disait à propos de la bibliothèque qu'il avait et dont il a dû se séparer lorsqu'il a été expulsé de son logement :

> JOSE : Oui, oula-la-la. Ça vaudrait la peau des fesses maintenant. Et dont certains dédicacés par des gens prestigieux. Et ça, ça me fait mal. Ça me fait mal et ça m'irrite. Ça provoque chez moi une espèce de rejet global du livre en tant que tel parce que j'en ai manipulé pas mal, je les avais aux murs, c'était mes confidences, c'était mes conseillers, ça me rassurait. Déjà pour les gens qui venaient me voir, ça faisait à la fois un peu austère, prétentieux, mais en même temps ça montrait qu'il y avait une dimension de la personne tu vois. Il y avait quelque chose. J'étais en quête d'absolu moi dans les livres. J'aimais beaucoup lire, *et cætera et cætera*. Voilà ma relation avec les bouquins. Comme ce qui paraît en politique le bouquin sur Chirac – bon ça c'est un peu anecdotique – mais des choses comme écrit d'Ormesson, des choses comme ça, très savante, presque élitiste. Ça je ne te cache pas, j'aime bien. Et ça je soupçonne fort que ce soit ces gens que j'ai connus à ton âge qui avaient un savoir comme ça, encyclopédique.

Il achète un cahier de mots croisés et un stylo. En payant, il demande à la jeune caissière comment elle va « depuis la dernière fois ». Elle lui répond que ça va et prend de ses nouvelles. Une fois dehors, je lui demande s'il la connaît. Il m'explique qu'elle travaille souvent quand il se rend dans le magasin et qu'à force de s'y rendre ils ont commencé à échanger « un peu plus que des politesses », signe d'une interconnaissance. On passe devant le bar la Gamelle, où il me précise qu'il se rend « quelques fois pour aller prendre un café, avec Pierre notamment ». On arrive au niveau de la Place Ronde, une place qui fait office de rond-point. José retire de l'argent à un guichet et va acheter des cigarettes chez un buraliste. Les patients fumeurs de la Villa d'Hestia sont des clients fidèles des buralistes du quartier ; d'ailleurs, au mois d'octobre, l'assistante sociale me raconte qu'un buraliste lui a demandé des nouvelles d'Éric qu'il s'inquiétait de ne plus voir depuis plusieurs semaines. José me propose d'aller au Café des sports où on s'installe en terrasse. Il prend un café : « Ça change du distributeur à café de la Villa d'Hestia ! » L'institution est toujours présente mais la sortie est une parenthèse. José s'accorde des « petits plaisirs » pour reprendre ses mots ; et le café en terrasse en fait partie. C'est un plaisir qu'il partage parfois avec d'autres patients comme Pierre ou Monsieur Farliard.

Cette sortie avec José était orientée : il souhaitait me montrer des lieux qu'il connaît et où il se rend. Au cours de discussions avec des patients, à la Villa d'Hestia, je comprends que d'autres sortent sans but précis pour se balader et flâner dans les rues. C'est par exemple le cas de

Monsieur Harto, qui a d'ailleurs pris des photos à l'occasion d'une de ses marches. Charlotte aussi va de temps en temps marcher dans le quartier sans but précis ; elle s'arrête néanmoins devant certaines vitrines, en particulier celles des agences immobilières pour « se faire une idée des prix ». Ces moments hors de l'institution, en apparence anodins, sont comme des bouffées d'oxygène : les patients ont besoin de « prendre l'air » pour reprendre une de leurs expressions. Ils délaissent, temporairement et occasionnellement, leur étiquette de « patient » et le quotidien des Lits Halte Soins Santé rythmé par les soins et sortent du regard de l'institution. Ils s'extraient des collectifs de soins dans lesquels ils sont pris. Pour ceux qui peuvent se déplacer, ces sorties dessinent un environnement habité plus large que l'établissement où ils sont accueillis et qui intègre pleinement le quartier. Ces sorties doivent être envisagées comme des appuis, hors de l'institution, qui permettent d'accepter, de supporter voire d'apprécier le séjour dans l'établissement.

***

Tout en introduisant la question de l'alcool, cette deuxième section enrichit notre analyse de la relation de soin et des collectifs de soins qui s'élaborent autour des patients sans abri à la Villa d'Hestia sur quatre dimensions. Premièrement, la situation de Monsieur Dutret soulève que les relations sont l'objet de définitions potentiellement divergentes. Le patient estime que les liens qu'il peut maintenir aux Lits Halte Soins Santé sont susceptible de l'aider à être en capacité d'arrêter l'alcool. Au contraire, le médecin et l'infirmier les considèrent insuffisants s'il n'est pas attaché à un dispositif spécialisé en addictologie. Une deuxième dimension émerge alors : la Villa d'Hestia n'a pas de relation avec des structures de ce sous-monde intégré au monde médical. Cette absence est en partie justifiée, par les professionnels, par des questions temporelles : la durée des soins en addictologie est plus longue que la durée théorique de séjour aux Lits Halte Soins Santé. Le réseau institutionnel n'est pas suffisamment étendu pour que les patients puissent s'y appuyer pour engager ce type de soin. Troisièmement, en suivant les consommations d'alcool dans l'espace public, on décèle des acteurs – les passants – qui peuvent ponctuellement intégrer les collectifs de soins autour d'un patient, par exemple en raccompagnant à l'établissement une personne qui aurait trop bu. Le réseau se compose ainsi de liens forts et de rencontres régulières mais aussi de liens faibles et de rencontres occasionnelles, dont il ne faut pas pour autant dénier l'importance. Dernièrement, certaines pratiques hors de l'institution et dans le quartier invitent à penser des

moments où les patients délaissent temporairement leur étiquette de « patient » et s'extrait d'un collectif où les relations sont rythmées et cadrées par les soins.

Section 3 – Soins sans fin, fin des soins

Les Lits Halte Soins Santé, comme leur appellation le rappelle, sont des institutions médico-sociales qui accueillent des personnes sans abri pour une durée limitée. Selon le décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)[350], « la durée prévisionnelle du séjour est au maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable autant de fois que de besoins, en fonction de l'état sanitaire de la personne ». Cette formulation soulève une ambigüité : elle indique une durée prévisionnelle de séjour tout en précisant que cette durée est renouvelable. La durée de séjour aux Lits Halte Soins Santé n'est donc pas complètement prédéfinie par un texte règlementaire ; elle se définit et se négocie dans les institutions au regard des situations. Je propose d'analyser cette durée de séjour à la Villa d'Hestia en m'arrêtant sur la fin de séjour et, en miroir, l'absence de fin de séjour qui posent la question de la fin des soins. Pour cela, je m'arrêterai sur deux cas : Monsieur Palay et Daniel.

La situation de Monsieur Palay est extraordinaire : il s'agit d'un patient qui ne relève pas des Lits Halte Soins Santé mais d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes auquel il n'arrive pas à avoir accès. En raison de son état de santé, il est inenvisageable pour les professionnels de l'orienter dans une institution de l'urgence sociale. Ils le gardent dans l'établissement – au cours de mon enquête cela fait quatre ans qu'il est présent – en continuant de lui procurer des « soins de confort » qui sont sans cesse redéfinis. J'analyserai en détails cette situation en m'arrêtant, pour paraphraser Édouard Gardella (2016), sur l'idée de soins sans fin (1).

La situation de Daniel est en apparence relativement commune : la fin de séjour s'ouvre sur un retour à la rue, comme 30% des patients de la Villa d'Hestia en 2015[351] et comme 22% des patients des Lits Halte Soins Santé selon l'évaluation nationale de 2013 (Picon & *al.*, 2013,

[350] Il essentielle de rappeler ici que mon enquête se déroule durant une période où les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) n'existent pas encore à Lyon. On peut faire l'hypothèse, que seule une enquête de terrain pourra vérifier, que leur création à modifier le fonctionnement des Lits Halte Soins Santé puisque les LAM accueillent en effet sans limite de durée de séjour des sans-abri avec des pathologies chroniques, alors que les LHSS sont censés se focaliser sur des pathologies aigües. Je reviendrai sur la création des LAM dans cette section.

[351] Villa d'Hestia, Rapport d'activité 2015.

p.56). Cependant, Daniel repart à la rue avec de multiples pathologies chroniques après avoir fait un malaise à la Villa d'Hestia, une dizaine de jours avant son départ. Considérant qu'il est malade, il ne comprend pas pourquoi il doit quitter l'institution et s'inquiète de retourner à la rue. Cette histoire se termine de manière tragique : quinze jours après avoir quitté la Villa d'Hestia, il décède d'un arrêt cardiaque dans un squat de l'agglomération lyonnaise. Je m'arrêterai ici sur les derniers jours de Daniel dans l'institution, ses craintes et ses critiques tout en essayant de comprendre ce qui justifie, pour les professionnels, le retour à la rue (2).

1/ Des soins de confort sans cesse réélaborés

Monsieur Paley est arrivé à la Villa d'Hestia le 3 octobre 2011. En raison de son état de santé et d'un imbroglio administratif et identitaire, le patient est bloqué aux Lits Halte Soins Santé. En réunion d'équipe ou face à lui, les professionnels admettent leur impuissance vis-à-vis de ce patient pour lequel ils n'arrivent pas à clairement définir des besoins et donc les soins qu'il conviendrait de lui apporter. Mais cette impuissance déclarée n'est pas une inaction (a). Se pose alors la question de ce qu'est cette action et de comment elle se définit. C'est par le partage de leurs observations qu'ils arrivent à stabiliser des *finalités provisoires,* comme l'atteste les réflexions et les échanges des professionnels concernant ce patient et son fauteuil roulant (b). Si cette situation demeure extraordinaire, elle soulève un enjeu partagé par les Lits Haltes Soins Santé et, plus généralement, les institutions de l'urgence sociale : la prise en charge des sans-abri vieillissant (c).

a/ L'impuissance déclarée n'est pas une inaction

Dès les premiers jours sur le terrain, les professionnels m'informent sur ce patient atypique dont l'identité est inconnue : son nom, établi par une assistante sociale à l'origine de son orientation à la Villa d'Hestia, ne serait pas le bon même s'il est toujours utilisé faute de mieux ; il aurait 71 ans – ce qui en fait la personne la plus âgée de l'établissement – mais rien ne le garantit ; enfin, il ne serait pas de nationalité française. Monsieur Palay est aphasique, ne peut apporter des réponses et sa situation est bloquée dans un imbroglio administratif. En fauteuil roulant, le visage très émacié, il a besoin de l'aide d'une personne pour chaque tâche quotidienne.

Le 27 avril 2015, comme tous les lundis après-midi, les professionnels des Lits Haltes Soins Santé se réunissent pour une réunion d'équipe médico-sociale. Ce jour-là, un infirmier

d'Interface SDF participe à la réunion pour éventuellement faire des liens avec de nouveaux patients. À la demande d'un aide-soignant la situation de Monsieur Palay est abordée.

CADRE DE SANTE : Tu voulais qu'on parle de Monsieur Palay ?

AIDE-SOIGNANT : Oui, ça m'inquiète un peu. J'ai l'impression qu'on est en train de l'observer…

CADRE DE SANTE : En train de glisser ?

AIDE-SOIGNANT : Ouais. C'est ça qui me… voilà…

La cadre de santé propose de présenter la situation de Monsieur Palay à l'infirmier d'Interface SDF. L'aide-soignant s'engage dans celle-ci : « C'est quelqu'un qui n'a pas d'identité, on lui en a collé une. C'est le deuxième séjour qu'il fait chez nous mais cette fois-ci c'est assez pérenne parce que son état s'est… ça se dégrade à une vitesse. Le dossier médical : il a eu un accident cérébral, un AVC. C'est ça le principal. Il a une petite plaie, une petite plaie assez grande quand même […]. Moi vu sa dégradation… Qu'est-ce qu'on peut faire en sachant qu'on n'a pas grand-chose à faire avec les moyens qu'on a ? » Sa présentation est marquée par des silences et des hésitations qui témoignent des difficultés actuelles à prendre en charge ce patient. La cadre de santé, avant de répondre à la question de l'aide-soignant, tient à ajouter quelques informations : « Alors déjà, qu'est-ce qu'on a fait ? C'est-à-dire qu'on s'est rendu compte ces derniers temps qu'il était super endormi parce qu'il y a une démence sénile aussi. Il relèverait d'un EHPAD [*établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*] sauf que sans droit, sans identité, t'as rien. Il y a eu des recherches qui ont été faites, qui ont duré trois ans, au commissariat de police pour nous dire qu'ils n'avaient rien trouvé à partir des empreintes. Ben le temps passe. » Elle interroge l'assistante sociale pour savoir si elle a de nouvelles informations d'un point de vue administratif : « Mesure de protection et au niveau des droits : la sécurité sociale, il n'y a rien à envisager parce que son nom et le numéro de sécu qui était utilisée c'est le nom d'une autre personne en fait, donc à partir de là on ne peut pas […]. Il faut d'abord faire la mesure de protection avant de faire le reste… » L'infirmier d'Interface SDF est étonné, comme je l'étais la première fois que les professionnels m'ont présenté cette histoire. Il les interroge sur le nom de famille qu'ils emploient depuis le début de la réunion. L'assistante sociale explique qu'il disait « s'appeler Monsieur Palay, il se présentait comme ça » et l'aide-soignant ajoute qu'« il ne maitrisait pas tellement la langue française, il parle d'être autrichien. Il parlait un peu anglais. Maintenant il

ne parle plus du tout. Les conversations avec lui […] sont assez limitées, c'est un peu dur… ». L'aide-soignant enchaîne en partageant ses observations et ses difficultés : « Il a un visage douloureux là quand tu le vois ! C'est comme s'il avait mal, comme si… Tu te dis qu'est-ce qu'il peut avoir ? Moi j'en parle aujourd'hui parce que c'est cette impuissance quelque part, je stagne. Je le vois et je stagne ! […] Nous on est bloqué. Ça me pose question. On ne peut rien faire pour lui… » L'impuissance déclarée par l'aide-soignant est partagée avec d'autres professionnels. Pourtant, cette impuissance n'est pas synonyme d'inaction.

Nous sommes le 11 juin 2015. En fin de matinée, la secrétaire m'interpelle. Audrey, une aide-soignante, est avec Monsieur Palay dans sa chambre et a besoin d'aide ; elle n'arrive pas à joindre Hugo, l'infirmier. Après quelques minutes de recherche je retrouve Hugo dans le jardin de l'institution en train de discuter avec Thierry, le médecin. Je le préviens et l'accompagne dans la chambre de Monsieur Palay. C'est la première fois que j'y rentre. Elle se distingue des autres chambres de l'institution où j'ai pu aller par l'absence de décoration et d'objets personnels ; il n'y a pas de photos familiales, de livres, de dessins ou de tableaux encadrés comme je peux en observer dans les autres chambres. L'aménagement est réduit à son strict minimum et ne comprend que les meubles de l'institution : un placard, une chaise, une table de nuit et un lit médicalisé. Une fois entrés, Audrey nous informe qu'elle veut changer la protection de Monsieur Palay mais qu'elle n'y arrive pas car il est trop excité, bouge trop et semble même essayer de lui mettre des coups avec sa main droite. Constatant qu'il ne cesse en effet de remuer sur son fauteuil et qu'il transpire à grosses gouttes, Hugo propose autre chose : « Ils l'ont changé ce matin sa protection. On verra plus tard, parce que là ça ne va pas être possible. Par contre on va essayer de changer son tee-shirt parce qu'il est mouillé. » L'aide-soignante est d'accord. Ils me demandent de les aider. On se répartit les rôles : Hugo se positionne à la droite de Monsieur Palay ; Audrey à sa gauche ; et je me mets derrière pour maintenir le fauteuil qui même avec les freins continue de bouger. Ils retirent le tee-shirt une manche après l'autre, d'abord la droite puis la gauche. Avant d'agir, ils préviennent Monsieur Palay des gestes qu'ils vont accomplir. Le tee-shirt enlevé, l'infirmier récupère une serviette de bain pour essuyer le patient : « Je vais vous sécher Monsieur Palay. » Il passe doucement la serviette sur son dos, sa nuque, son torse et son ventre. En exerçant ces gestes, Hugo s'interroge à voix haute : « Peut-être qu'il a de la fièvre pour transpirer autant ? Faudrait peut-être que je lui prenne la température après. [*Il touche le bras droit à main nue*] En même temps, il a le bras normal. Il n'est pas chaud. C'est simplement de bouger comme ça qu'il transpire… » En l'absence des mots du patient sur son ressenti, les

professionnels essayent de décrypter les signes qu'ils observent et tentent de faire parler les silences. Audrey prend un tee-shirt propre qu'ils lui remettent aussi lentement qu'ils ont retiré le premier. À ce moment-là, le médecin entre dans la chambre, s'arrête et regarde Monsieur Palay d'un air préoccupé. Hugo tente encore d'interpréter l'excitation du patient : « S'il bouge comme ça c'est peut-être qu'il a mal quelque part ? » Et propose de lui donner du paracétamol pour réduire une éventuelle douleur. Le médecin lui répond qu'« on peut essayer ». Une fois qu'ils ont fini de l'habiller, Hugo pousse le patient sur son fauteuil roulant jusqu'à la salle de soins où il va récupérer le médicament. Nous attendons l'infirmier à l'entrée de la salle de soins. Le médecin se penche vers Monsieur Palay et l'interroge en anglais, espérant qu'il sera plus réceptif qu'aux questions en français : « What do you want Michel [*son prénom*] ? » Le patient fait un bruit mais demeure incompréhensible. Le médecin lui répond : « Si seulement on comprenait un peu… » Monsieur Palay émet un nouveau bruit ; le médecin remarque : « Il dit quelque chose quand même mais quoi ? » Le patient semble se calmer, Hugo l'aide à prendre le paracétamol dissout dans un gobelet d'eau. La fin de matinée se passe plus tranquillement. À partir de 13h, toute l'équipe se rassemble dans le réfectoire et s'installe autour d'une grande table pour manger. Ce temps informel est quotidiennement nourri de remarques, de réflexions et d'échanges sur le déroulement de la matinée. Le médecin revient sur ce qui s'est passé avec Monsieur Palay et reconnaît qu'il ne « sait plus quoi faire là ». Audrey, exprimant un avis semble-t-il collectif, lui répond : « Nous aussi, pareil que toi. Là il n'y a pas de piste ! »

Comme on le voit dans cette situation, l'impuissance ne signifie pas une inaction. Elle doit s'entendre comme une incapacité à définir un horizon pour ce patient. Les patients sont admis à la Villa d'Hestia sur des critères de mauvaise santé définis qui dessinent une fin, dans une double acception : il s'agit d'une fin entendue comme une finalité, un objectif à atteindre qui, une fois atteint, devrait marquer la fin temporelle de la prise en charge. Au contraire, l'accompagnement de Monsieur Palay relève d'un « accompagnement sans fin » (Gardella, 2016). Dans ce contexte, pour les professionnels, (re)donner sens à cet accompagnement soignant c'est (re)stabiliser des finalités provisoires sans cesse réélaborées qui esquissent un horizon, certes fragile, mais qui orientent leurs actions.

b/ Une finalité provisoire : intervenir auprès du patient dans son fauteuil

Arrêtons-nous sur l'une des finalités provisoires que font émerger les professionnels à partir de leurs observations et des prises dont ils peuvent se saisir au sein de la Villa d'Hestia. À l'époque de mon enquête, Monsieur Palay ne peut plus se tenir debout et ne marche plus. Il se retrouve soit allongé sur son lit, soit assis sur son fauteuil roulant. Lors d'une réunion d'équipe, qui se tient le 22 juin 2015, Hugo, un infirmier, aborde la situation de Monsieur Palay en évoquant le fait qu'il reste de « moins en moins longtemps sur son fauteuil ». Sans transition, il mentionne qu'il a une « petite plaie à la malléole gauche ». Les deux éléments sont selon lui liés puisqu'à la question de la cadre de santé demandant l'origine de cette plaie, Hugo explique que Monsieur Palay, quand il est sur son fauteuil, est « appuyé » de telle façon que sa malléole « frotte ». Selon lui, le patient n'est pas à l'aise sur ce fauteuil roulant et il faudrait en trouver un autre. D'ailleurs, signe que le fauteuil ne semble pas complètement adapté au patient, ce dernier y est attaché par un drap blanc qui est noué à sa taille et le maintien au dossier du fauteuil. Le 7 avril 2015, lorsque je remarque ce drap, Cyril, un infirmier, m'explique que l'équipe a constaté qu'il « ne tenait pas bien » sur le fauteuil et qu'il y avait un risque qu'il en « tombe » quand il est agité. Pour éviter la chute, ils ont décidé de l'attacher. Peut-être, au moment où cette décision a été prise, les professionnels ont eu des désaccords ou ont débattu du bien-fondé de cette décision. Cependant, durant mon travail de terrain, je n'ai observé aucune discussion ou remise en question de cette pratique : le « travail de contrainte » prend une forme routinière (Lechevalier Hurard, 2013) qui n'est plus rediscutée. À une seule reprise j'en entends parler en réunion d'équipe, le 21 septembre 2015, quand une infirmière propose, constatant que Monsieur Palay est « plus calme », d'essayer la « vraie ceinture » plutôt qu'un drap.

Revenons à la réunion du 22 juin 2015. Hugo raconte qu'il a déjà entrepris des recherches sur internet, qu'il a trouvé un fauteuil sur le site de vente en ligne eBay et qu'il a pris contact avec le vendeur qui serait d'accord pour venir aux Lits Halte Soins Santé afin que Monsieur Palay essaie le fauteuil. Pour Hugo, il faut « essayer, ça sera peut-être plus adapté ». L'équipe est d'accord. La cadre de santé demande néanmoins à l'infirmier de prendre contact avec le fournisseur de matériel médical avec lequel l'institution travaille afin de voir s'il n'y aurait pas une autre possibilité. Elle souligne que quel que soit le choix, l'institution paiera le nouveau fauteuil roulant car cet objet rentre directement dans « les soins de confort » qu'ils tentent de mettre en place auprès de Monsieur Palay. Cette « logique de confort » est

caractéristique des soins palliatifs (Castra, 2003) ; elle ne vise pas la guérison mais cherche à identifier et réduire les souffrances et les douleurs du patient. Tel est l'un des premiers soucis de l'action des professionnels auprès de ce patient. Toute la complexité de cette tâche, comme on l'a vu jusqu'à présent, c'est que les professionnels ne peuvent pas compter sur un récit du patient qui viendrait qualifier son ressenti. Il leur faut mener des observations sur le corps du patient, veiller à son comportement ici et maintenant et replacer ces éléments vis-à-vis de connaissances « d'arrière-plan » constituées de savoirs professionnels et de connaissances relatives à son histoire (de Fornel, 1990, p.68-69). C'est par la comparaison d'une rencontre à l'autre que les professionnels peuvent arrêter leur jugement et envisager une finalité provisoire. Cette dernière répond au problème défini par les professionnels et dessine un horizon qui exige une évaluation dans le temps de l'action menée. En ce sens, ce travail relève d'une « présence sociale » au sens où l'entend Marc Bessin :

> « La présence sociale induit un ajustement aux circonstances pour engager des actions adaptées à la situation critique. Elle correspond à cette posture temporelle de la disponibilité dans laquelle il convient d'être pour pouvoir intervenir au moment opportun, de façon adaptée et contextualisée. Indépendamment de la similarité des termes, le *care* sous cet angle de la présence sociale relève bien du *Kairos* (l'action propice, être là quand il convient). Il s'agit également d'en évaluer les implications à toutes les phases, et en ce sens échapper à l'intervention ponctuelle pour appréhender les actions engagées au-delà du court terme et les inscrire dans la durée. L'ultime étape est essentielle en ce sens, puisque c'est par la prise en compte de la réception de l'intervention proposée que l'on peut évaluer dans le temps si elle s'avère opportune, pas seulement pour soulager une situation présente, mais pour tenter de l'intégrer dans un processus de réparation dans le temps » (Bessin, 2012, p.270).

Si les professionnels sont si sensibles au fauteuil roulant c'est qu'il est pour Monsieur Palay « la condition de la participation à la vie sociale » (Winance, 2010, p.127). La cadre de santé formule cette participation du patient sous le registre d'être « présent ». Par exemple, le 27 avril 2015, lors d'une réunion d'équipe, elle évoque le dosage d'un neuroleptique qui a été prescrit à Monsieur Palay lors d'une hospitalisation : « À chaque fois que le Loxapac® est élevé, ça relève cette impression de souffrance. On a un peu diminué les gouttes pour que justement il soit un peu plus présent… » À cette période, les professionnels essaient de trouver le bon dosage du Loxapac® pour faire en sorte que le patient ne soit ni endormi ni trop agité. Il s'agit d'une autre finalité provisoire. En agissant sur le médicament ils cherchent à stimuler la patient pour qu'il continue, malgré sa situation, à être « présent », c'est-à-dire qu'il puisse encore, interagir avec les professionnels et les autres patients. À côté du souci pour éviter ou réduire les douleurs de Monsieur Palay, les professionnels ont le souci de

maintenir des temps de présence dans les espaces partagés pour ne pas l'isoler. Ils cherchent à préserver les liens qui peuvent exister entre lui et d'autres patients. On peut ici établir un parallèle avec les « politiques d'entretien » que distingue Marc-Henry Soulet des « configurations activationnelles des politiques sociales ». Les premières « s'affrontent au problème du sens d'une intervention qui n'a plus de visée transformatrice de l'autre et mettent au centre la question de la durée sans finalité […]. Les actions développées visent une facilitation d'inscription dans la vie sociale de ceux qui éprouvent des difficultés à le faire » (Soulet, 2012, p.185). Dans des registres différents, le Loxapac® et le fauteuil roulant, deviennent des composantes *singulières* de l'individu sur lesquelles les professionnels agissent pour maintenir ou susciter, selon les moments, la *capacité* de Monsieur Palay à s'engager dans des interactions.

En se déplaçant dans son fauteuil roulant dans des espaces partagés, comme le hall d'entrée ou le réfectoire, Monsieur Palay entre en interaction avec les autres patients et s'inscrit dans la vie de l'institution. D'ailleurs, sa manière de se déplacer uniquement en marche arrière en poussant le fauteuil avec ses pieds interpelle, de même que ses bruits ou ses grognements qui détonnent dans un lieu calme et souvent silencieux, comme en ce 5 mai 2015. Monsieur Palay est dans le hall d'entrée, assis sur fauteuil roulant. Depuis quelques secondes il émet un bruit qui s'apparente à une plainte. Comme on l'a vu précédemment, les troubles sonores peuvent conduire au sentiment d'inquiétude, des sollicitations qui interpellent les personnes à proximité. Robert, un autre patient se dirige vers lui et l'appelle par son prénom : « Michel, qu'est-ce qui t'arrive ? Ça ne va pas ? » Je suis près d'eux et observe la scène. Robert, d'habitude si mutique le matin, sent mon regard, se tourne vers moi et me dit : « Faut pas croire, il comprend quand tu lui parles. Il y en a ils pensent qu'il est à côté de la plaque, mais non, il sait bien tout ce qui se passe. » Il se retourne vers Michel et lui propose de sortir : « Allez viens, on va faire un tour. » Robert abandonne sa béquille, avec laquelle il se déplace, se saisit des poignées du fauteuil roulant et pousse Monsieur Palay. Ici, le fauteuil aide autant la mobilité de la personne assise que celle de la personne debout. Je leur ouvre la porte qui donne sur le jardin intérieur de l'institution. En raison de sa manière de se déplacer, Monsieur Palay ne peut s'y rendre seul, il risquerait de se renverser : pour aller dans le jardin, il faut commencer par franchir un petit rebord ; ensuite, un étroit chemin serpente au milieu du gazon mais il est en gravier et jamais rectiligne. C'est pourquoi il a besoin d'être accompagné. Les deux patients restent une vingtaine de minutes dehors. Robert s'assoit sur un banc dans le jardin et s'allume une cigarette qu'il fume assis à côté de Monsieur Palay. À plusieurs

reprises, j'observe d'autres patients se comporter avec Monsieur Palay comme Robert[352]. Les patients sont partie prenante du collectifs de soins qui se constitue autour de lui. Et, par ces gestes, les patients endossent un rôle de « protecteur » où « l'assisté ne donne en retour rien de tangible » (Goffman, 1968 [1961], p.333). Comme on l'a vu dans la section 1 de ce chapitre, on retrouve ici une relation de voisinage marquée par une « éthique de la solidarité active où l'engagement participatif est placé au rang d'une vertu et où les problèmes de voisinage requièrent la concertation de tous et l'élaboration consécutive d'une juste intervention » (Breviglieri 2007). Deux jours plus tard, dans le réfectoire, Robert prend un café. Je m'installe en face de lui, on discute. Monsieur Palay est à deux mètres de nous. Robert le regarde et me dit, avec empathie :

> ROBERT : Il est trop gentil. Il y en a… J'ai entendu des résidents d'ici : « Ah pousse toi », « Ah c'est horrible ». J'aimerais bien qu'ils se mettent à sa place. Il est gentil. Il y a longtemps, je suis dehors, je vais pour rentrer… Comment il est arrivé sur la place, je ne sais pas. Je lui fais : « Michel, qu'est-ce qu'il y a ? » Déjà il m'a parlé en anglais donc je n'ai rien compris [*rire*], je lui fais : « Allez, c'est bon » et je l'ai ramené.
>
> GABRIEL : Et vous le sortez dans le jardin, comme l'autre jour…
>
> ROBERT : Oui, c'est normal, il ne peut pas y aller seul. Il faut bien qu'il prenne l'air de temps en temps.

Du fait de son état de santé et de la manière qu'il a de se déplacer, la base territoriale de Monsieur Palay est réduite ; il ne peut pas sortir dans le quartier comme le font d'autres patients. Il peut, avec l'aide d'une personne, sortir dans le jardin de l'institution, ce qu'il fait de temps en temps. Ce type de pratiques relève de formes d'entraide et de solidarité qu'on retrouve « dans tout établissement social » (Goffman, 1968 [1961], p.331) et notamment dans les institutions d'accueil de personnes sans abri (Grand, 2016). La cohabitation, les pratiques des professionnels et des patients témoignent d'une considération pour Monsieur Palay, son corps, ses douleurs mais aussi ses liens, ses relations sociales qui le lient aux autres. Pour reprendre la formule de Dahlia Namian, qui semble ici parfaitement s'appliquer, la situation de Monsieur Palay relève de la « vie moindre » où « le moindre désigne en effet cette *limite irrépressible* du social qui est celle d'une action toujours possible […] même lorsque "presque rien ne va" ou "presque rien ne peut" » (Namian, 2012, p.180).

[352] À force d'observer les manières d'agir des patients j'accomplis également ces mêmes gestes envers Monsieur Palay, signe de ma socialisation au terrain.

Malgré l'impuissance que déclarent les professionnels vis-à-vis de cette situation, l'enquête de terrain permet de comprendre comment émergent des finalités provisoires qui dessinent des horizons donnant du sens et une orientation aux soins apportés à un patient qui ne peut quitter l'établissement. Des finalités temporaires, sans cesse redéfinies, sont élaborés dans le cadre d'un accompagnement sans fin.

c/ Le problème des sans-abri vieillissant

La situation de Monsieur Palay soulève le problème de l'absence de fin de séjour pour une institution où *a priori* les personnes n'ont pas vocation à y rester. Cette problématique n'est pas nouvelle, elle est constitutive de la mise en place des Lits Halte Soins Santé en 2006. Dès leur ouverture et jusqu'en 2008, une évaluation est conduite en continue par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) « afin de mieux connaître les publics accueillis et savoir si cette nouvelle structure répondait bien aux besoins[353] ». Celle-ci soulève, en 2008, le problème de l'absence de fin de séjour pour certains patients accueillis :

> « 35 à 40 % des lits sont occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques au pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués...) qu'aucune structure ne prend en charge parce que trop jeune et/ou trop désocialisée pour les MAS, les FAM, EHPAD, CSSR. Or les LHSS ne sont ni prévus, ni équipés, ni financés pour prendre en charge un tel public : en principe, la durée prévisionnelle de séjour est de deux mois pour des pathologies ponctuelles en relais à une hospitalisation.[354] »

Un an plus tard, en 2009, Vincent Girard, Pascale Estechandy et Pierre Chauvin soulignent également cette problématique dans leur rapport sur *La santé des personnes sans chez soi* :

> « Les LHSS qui devaient être des outils pour des soins courts et la prise en charge de pathologies aiguës ont rapidement été confrontés à des personnes avec des polypathologies chroniques, des handicaps. Ils ne trouvent pas de structure d'aval adaptée ou acceptant les patients sans chez soi. Ainsi les lits assurent une fonction de MAS [*Maison d'Accueil Spécialisé*] ou d'EPAHD et ne répondent plus aux soins aigus. Les LHSS font sortir du circuit de l'urgence les personnes sans chez soi ayant des pathologies chroniques mais ils n'ont pas vocation à les garder sur le long court. Ce ne sont pas des lieux à vivre, les personnes ont un statut d'accueillies ce qui se révèle complexe pour les séjours longs » (Girard & *al.*, 2009, p.143).

[353] « Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité ».
Consulté : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2009/3/20/MTSA0903558A/jo/texte/fr
[354] *Ibid*.

Quatre ans plus tard, l'évaluation nationale des Lits Halte Soins Santé de 2013 établit elle aussi le même constat. Si elle souligne que près de 70% des séjours durent deux mois ou moins, il apparaît pour « les responsables des structures […] que la tendance est à l'allongement des séjours » pour deux raisons essentielles :

> « - L'état de santé dégradé des personnes accueillies. La mission du dispositif, qui était, à sa création, l'accueil de personnes sans domicile nécessitant des soins légers et de courte durée, s'est modifiée pour accueillir plus fréquemment des patients sans domicile présentant des pathologies plus lourdes, voire chroniques. Aussi, ces patients ne peuvent pas repartir à la rue en raison de leur état de santé physique ou psychique, de leur vulnérabilité ou de leur âge. Les durées de prise en charge s'en trouvent allongées.
> - L'absence ou l'insuffisance d'hébergements adaptés proposés pour ces patients sur certains territoires : le dispositif LHSS reste alors engorgé du fait d'une insuffisance de solutions de sortie. En effet, cette dernière ne peut être envisagée qu'avec une solution d'hébergement (telle que les pensions de famille, une maison de retraite, une maison de convalescence, un foyer de vie ou une maison d'accueil spécialisé...), dont la recherche nécessite du temps et allonge les délais de séjour » (Picon & *al.* 2013, p.54).

L'évaluation des Lits Halte Soins Santé de 2008, renforcée par celle de 2013, favorise la création d'une nouvelle réponse institutionnelle pour pallier ces séjours sans fin : les Lits d'Accueil Médicalisés où les patients peuvent rester sans contrainte de durée. Ils ouvriront leurs portes en 2016 à Lyon et seront gérés, comme la Villa d'Hestia, par l'association Orsac[355]. Ces « structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" […] accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures […]. La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.[356] »

Les deux évaluations des Lits Halte Soins Santé de 2008 et 2013, ainsi que le rapport de Vincent Girard, Pascale Estechandy et Pierre Chauvin, font mention de patients qui relèveraient d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes mais qui n'y ont pas accès et restent bloquées aux Lits Halte Soins Santé, sans autre solution. Ce

[355] J'ai envisagé une poursuite de mon enquête aux Lits d'Accueil Médicalisés. Cependant, faute de retour de la direction de l'établissement je n'ai pas eu l'occasion de m'y rendre.
[356] Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)

constat pose la question de la prise en charge des personnes sans abri vieillissantes[357] et de la lourdeur des pathologies qui y sont associées. En effet, les conditions de vie à la rue, auxquelles peuvent s'ajouter des consommations d'alcool et d'autres drogues, « accélèrent [le] processus de vieillissement » (Observatoire Nationale de la Fin de Vie, 2014, p.55), comme semblent le corroborer les rares chiffres disponibles sur l'espérance de vie des sans-abri[358] ; ainsi, l'âge inscrit sur les papiers d'identité ne dirait finalement rien de l'âge et de l'altération précoce des corps qui connaissent un « vieillissement prématuré » (Rouay-Lambert, 2006, p.139). Si dès 60 ans les personnes « qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien[359] » peuvent prétendre rentrer en EHPAD, dans les faits, même s'il peut y avoir des variations selon les enquêtes, l'âge moyen d'entrée en maison de retraite se situe plutôt autour de 80 ans (Mallon, 2004, p.17). De nombreux sans-abri apparaissent comme « trop jeune » pour des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes alors qu'elles présentent des pathologies similaires (Coulomb, 2020). De plus, plusieurs enquêtes constatent également la part importante de sans-abri âgés dans certaines institutions. Par exemple, si l'âge médian des sans-abri aux Lits Halte Soins Santé est de 47 ans, l'évaluation publique nationale de 2013 souligne également la présence de personnes âgées de 70 ans et plus (Picon & *al.*, 2013, p.63) ; chiffres que l'on retrouve pour la Villa d'Hestia.

Âge moyen et âge le plus élevé des patients de la Villa d'Hestia							
Année	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Âge moyen	48	47	50	49	45	46,5	48,15
Âge le plus élevé	74	75	76	77	72	81	73

La présence des personnes sans abri âgées ne se réduit pas seulement aux Lits Halte Soins Santé, on les retrouve dans l'ensemble des institutions de l'urgence sociale (Loison-Leruste & *al.*, 2015) comme par exemple au Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, association au sein de laquelle Axelle Brodiez-Dolino (2018) note, aujourd'hui, un nombre de plus en plus

[357] Sur cette question un numéro spécial de la revue *Retraite et Société*, codirigé par Thibaut Besozzi et Hervé Marchal, doit être publié au printemps 2020.

[358] Selon une enquête épidémiologique de David S. Morrison (2009), le fait d'être sans abri est un facteur de mortalité prématurée. Par ailleurs, le Collectif des Morts de la Rue précise qu'en 2018, les 566 morts enregistrés en France avaient 48 ans en moyenne et les auteurs du rapport « La santé des personnes sans chez soi » notent pour les personnes sans abri « une espérance de vie estimée de 30 à 35 ans inférieure à la population générale » (Girard, Estecahandy et Chauvin, 2009, p.166).

[359] Ministère des solidarités et de la santé : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad

important de sans-abri de plus de 70 ans accueillis. La présence de ces personnes dans les institutions d'hébergement et dans les Lits Halte Soins Santé met en exergue la problématique de leur accès aux maisons de retraite[360]. En effet, comme l'écrivent les chercheurs du Groupe Recherche Action (GRAC) : « Les personnes en grande précarité n'ont que peu accès à ce type de structures [*les EHPAD*] : les établissements privés ne sont pas à leur portée financièrement, les publics ont de longues listes d'attente et ce type d'hébergement ne se révèle pas toujours adapté à ce public marqué par de long parcours de rue (vie en collectivité, respects de règles de vie parfois très rigides, etc.) » (Eliçabe & *al.*, 2011, p.46). Représentant de « mauvais patients », en particulier lorsqu'ils cumulent pluripathologies et addictions (Wolff, 2019 ; Coulomb, 2020), les sans-abri ont difficilement accès à ces établissements de « droit commun ».

Les Lits Halte Soins Santé paraissent moins mal adaptés à la prise en charge de ces personnes âgés dépendantes que les centres d'hébergement non médicalisés, du fait de la présence de professionnels médicaux et paramédicaux. Cependant, l'accueil de ces personnes va au-delà de leurs missions originelles. Comme on le voit avec la situation de Monsieur Palay, les professionnels doivent « réinventer l'institution » (Laval & Ravon, 2006), redéfinir leurs pratiques et leurs missions pour trouver des réponses. En agissant au-delà de leur cadre officiel, les professionnels réinterrogent par leur travail l'adéquation de l'institution aux problèmes pratiques et moraux rencontrés sur le terrain. Dès lors, leurs préoccupations situées invitent à un double questionnement quant à la prise en charge du vieillissement des sans-abri. D'une part, comment favoriser l'accès aux institutions médico-sociales de « droit commun » dédiées aux personnes âgées dépendantes qui existent mais qui sont difficilement accessibles aux sans-abri ? D'autre part, au sein de l'urgence sociale, quels moyens – humains, matériels, financiers – faut-il mettre en place pour faire face à des problématiques médicales extrêmement graves ? De nouvelles réponses institutionnelles, témoignant d'une prise en charge toujours plus spécialisée, voient le jour pour les « sans-abri vieillissant » ou les « sans-abri malades ». C'est le cas, par exemple, des LAM ou des EHPAD réservés à des personnes ayant connu la rue. Parmi ces derniers, on peut citer l'EHPAD intégré au CASH de Nanterre, celui géré par l'association L'Escale à la Rochelle ou encore l'EHPAD Saint-Barthélemy à Marseille. Ces établissements partent du constat que l'accès aux maisons de retraite est difficile pour les sans-abri et que leur fonctionnement peut parfois être trop contraignant au

[360] Précisons que l'évaluation des LHSS de 2013 et les rapports d'activité de la Villa d'Hestia ne permettent pas de connaître exactement le nombre d'orientations vers les EHPAD, celles-ci étant regroupées dans une catégorie « établissements sanitaires » ou « établissements sociaux » avec d'autres types d'institutions.

quotidien. Selon Olivier Quenette, directeur de l'EHPAD Saint-Barthélemy, il faut plus de souplesse avec ce public : « Il faut être souple, on a toujours des résidents qui vont passer deux ou trois jours avec leurs anciens copains de la rue quand ils touchent leur argent de poche. D'autres qui passent la journée dehors et ne rentrent que le soir, un qui part régulièrement en Alsace…» (cité dans Pagneux, 2013). La création de ces nouvelles structures s'inscrit dans la lignée des maisons-relais qui, déjà, au tournant des années 1990-2000 se voulait une réponse pour accueillir des « anciens SDF » dans un lieu semi-collectif (Rouay-Lambert, 2006). L'ouverture d'EHPAD dédiés aux sans-abri réactualise l'interrogation formulée par Sophie Rouay-Lambert à propos des maisons-relais :

> « La seule alternative pour les personnes en situation de grande exclusion serait donc de vivre ensemble, dans un type de logement spécifique correspondant à leurs profils. Certes, le besoin existe, mais une telle concentration, dans une même structure, ne va-t-elle pas conduire à une nouvelle forme de relégation et de stigmatisation, faisant de la "maison relais" une "maison des pauvres" ou une "maison des anciens SDF" ? » (Rouay-Lambert, 2006, p.141).

On repense ici aux remarques de la cadre de santé de la Villa d'Hestia sur la nécessité de veiller à ne pas faire de cette institution un « ghetto » pour les sans-abri, à ne pas faire en sorte que ce soit la seule structure médico-sociale qui leur soit accessible. L'interrogation de Sophie Rouay-Lambert n'appelle pas une réponse claire et unilatérale, elle reformule les enjeux inhérents aux institutions dédiées pour les sans-abri et, plus généralement, l'ensemble des politiques (médico-)sociales qui les ciblent.

2/ « À quoi bon se soigner si c'est pour retourner à la rue ?! »

En miroir de la situation de Monsieur Palay, pour laquelle les professionnels ne cessent de redéfinir des soins, arrêtons-nous sur celle de Daniel pour lequel une fin de séjour est prononcée. Daniel est entré le 13 juillet 2015 à la Villa d'Hestia et il la quitte le 6 octobre de la même année en retournant à la rue. Quinze jours plus tard, le 21 octobre, il décède d'un arrêt cardiaque dans un squat à Bron, à côté de Lyon. Son départ souligne, comme nous allons le voir, une double tension inhérente aux Lits Halte Soins Santé. La première concerne la prise en charge médicale : les Lits Halte Soins Santé sont des institutions temporaires pour répondre à des problématiques aigües. Dès lors, que se passe-t-il lorsque ces dernières sont soignées pour des patients ayant, également, des pathologies chroniques lourdes ? La seconde tension concerne la sortie des Lits Halte Soins Santé. Comme nous le verrons, près d'un

patient sur deux quitte ce type d'institution sans solution (retour à la rue) ou avec une solution instable (hébergement d'urgence). Dans ces conditions, et pour reprendre l'interrogation de Daniel qui me sert ici de sous-titre, « à quoi bon se soigner si c'est pour retourner à la rue ?! ».

a/ Une sortie vers la rue après une pathologie aigüe soignée

Selon la dernière circulaire en date – 2016 – les Lits Halte Soins Santé accueillent : « Des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles [*les structures*] ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. » Les Lits Halte Soins Santé ne sont pas dédiés à une pathologie donnée mais le fait que la durée de séjour soit limitée à deux mois – certes renouvelables – oriente la prise en charge vers les pathologies aigües[361]. Les pathologies chroniques étant quant à elles, maintenant, explicitement assignées aux missions des Lits d'Accueil Médicalisé[362]. La situation de Daniel illustre parfaitement ce point. Comme il me l'explique lors d'un entretien[363] réalisé le 24 septembre – la chronologie va être importante – il est polytoxicomane, a une multitude de pathologies chroniques mais il est entré à la Villa d'Hestia pour une pathologie aigüe :

> DANIEL : J'ai les poumons d'un toxico. Depuis l'âge de 13 ans je tape dedans et j'en ai 53. Ça fait quarante ans que je me shoote, que je prends de l'héroïne, de la cocaïne, du shit, ecstasy, LSD. J'ai tout vécu. J'en ai passé, faut pas croire… À 13 ans j'avais déjà la seringue dans le bras, j'avais 13 ans. J'en connais plein des gamins

[361] Le site internet de la Villa d'Hestia ne précise pas ce point, reprenant la définition de la circulaire. D'autres LHSS précisent cette spécialisation sur les pathologies aigües. C'est par exemple le cas des LHSS du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole qui indique sur leur site : « L'admission de patients en LHSS se fait prioritairement pour des cas d'épisode infectieux aigu, de petite traumatologie, de lésions dermatologiques importantes, d'altération de l'état général nécessitant des soins et un bilan médical, pour toute pathologie aigüe » (https://www.sante-solidarite.org/regulation-lits.html).

[362] Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM).

[363] Lors de cet entretien et de nos conversations informelles dans les derniers jours qui précèdent son départ, Daniel accepte de se confier à moi car je ne fais pas partie de l'institution et je suis susceptibles de pouvoir son récit, et d'autres, à l'extérieur de l'institution : « T'es un observateur qui parfois peut écrire des mots, qui peut dire certaines choses. Quand t'es à l'extérieur d'ici, par rapport à ce que t'as vécu ici, tu peux écrire des choses qu'eux ils ne vont pas comprendre. Tu vas leur expliquer : « Moi ce monsieur ou cette dame, je les ai sentis comme ça, ils m'ont raconté telles histoires ». C'est ce que t'as ressenti ici. Il y a des gens ils ne parlent pas devant tout le monde mais devant toi ils vont te parler, ils vont te raconter leurs histoires parce que t'es pas d'ici [*la Villa d'Hestia*]. On sait que tu ne vas pas aller raconter. »

comme ça, je leur fais la morale. Moi quand on me faisait la morale je rigolais ben eux ils font pareil : « Occupe-toi de tes affaires ». C'est ça le problème. C'est qu'ils ont envie de s'éclater, laissons-les s'éclater. Moi je me suis bien éclaté. Je ne renie rien à la vie. J'ai fait que des conneries mais des conneries dans lesquelles je me sentais bien […].

GABRIEL : Là vous avez quoi ? Une hépatite ?

DANIEL : J'ai une hépatite B, une hépatite C, j'ai l'apnée du sommeil, j'ai mon cœur qui ne s'ouvre pas comme il devrait s'ouvrir, j'ai les poumons qui sont archi-pourris, j'ai une cirrhose et j'ai le VIH, mais n'en parlez pas ici s'il vous plaît […]. Mais je suis guéri, donc je retourne à la rue.

GABRIEL : Vous êtes guéri de quoi ?

DANIEL : Ils m'ont guéri des pieds [*il rigole*], le seul truc que je ne vous ai pas dit. Mais je suis guéri de rien du tout…

GABRIEL : Vous aviez quoi aux pieds ?

DANIEL : J'avais des ampoules qui se sont infectées, ça a fait des trous aux pieds. Mais les vraies maladies c'est celles que je vous ai citées. Ça c'est de la rigolade l'histoire du pied. Donc ils estiment que les pieds c'est bon, donc je peux recoucher dehors. Il y a de la sociologie à faire là, à fond [*il rigole*]. Ils me font rigoler.

Si le patient est bien pris en charge dans sa globalité – par exemple, dans le cas de Daniel les infirmiers essaieront de mettre en place une « éducation thérapeutique » autour de la trithérapie pour voir s'il connait ses médicaments et s'il peut les gérer seul – c'est soigner l'infection aux pieds qui constitue le motif d'admission à la Villa d'Hestia. Celle-ci réglée, la question de la sortie de l'établissement, travaillée dès l'entrée, se pose plus frontalement. Elle est fixée au 2 octobre et il s'agira d'un retour à la rue. Le retour à la rue après un séjour aux Lits Halte Soins Santé représente, avec l'orientation vers un hébergement d'urgence, la majorité des sorties. Selon l'évaluation nationale de 2013, « 25 % des sorties se réalisent vers les structures d'hébergement d'urgence et 22 % vers la rue. Entre l'hébergement d'urgence et le retour à la rue, 47% des patients retrouvent donc des conditions de vie très précaires à la sortie du LHSS » (Picon & *al.*, 2013, p.56). À la Villa d'Hestia, lors de l'année 2015[364], 30% des patients sont repartis à la rue ou vers une destination inconnue (quand il s'agit de personnes qui ont quitté la structure avant la fin du séjour, sans prévenir) ; 11% ont été orientés vers un CHRS ; et 16% sont allés chez des tiers. Ces orientations représentent des « retours à la case départ » (Gardez-Dellile, dans Cefaï & Gardella, 2011, p.479) : les

[364] Rapport d'activité 2015, Villa d'Hestia.

personnes se retrouvent dans des situations précaires qui peuvent, à nouveau, altérer leur santé et où le maintien du soin peut être difficilement tenable. Pour Daniel, aucune place stabilisée est envisageable avant six mois d'après les retours qu'il a eu des travailleurs sociaux. De plus, sa situation est complexifiée par le fait qu'il est locataire d'un appartement qu'il n'habite plus depuis deux ans. Quand je l'interroge sur celui-ci, il reste évasif, répond rapidement avant d'aborder un autre sujet :

> GABRIEL : Vous m'aviez parlé que vous aviez un appartement…
>
> DANIEL : Ouais ouais. Je m'en occupe plus, c'est fini. Je n'en veux pas. Je vais balancer ma dédite. Je paye 400€ de loyer tous les mois, sans y habiter. J'en veux plus. Je leur ai expliqué, je leur ai dit, j'en veux plus. Donc ils m'ont parlé de Carteret qui dans six mois sera à Gerland [*l'établissement à temporairement déménagé du quartier de Gerland à Villeurbanne pour des travaux*]. Pendant six mois je couche dehors au lieu de me garder là.

Cet appartement est un sujet compliqué. Comme me l'ont expliqué les travailleurs sociaux de la Villa d'Hestia, Daniel a durant un temps eu une position ambigüe vis-à-vis de son logement. Extrêmement sale, il a un moment était question de le nettoyer afin qu'il puisse retourner y vivre. Après plusieurs semaines d'hésitations, Daniel a finalement décidé de passer à autre chose, de ne plus retourner dans l'appartement et d'arrêter de payer un loyer. Durant cette période aucune démarche auprès du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation n'a été accomplie en vue d'une demande d'hébergement puisque le retour dans le logement était une possibilité et il était impossible de soumettre un dossier au SIAO qui centralise les demandes d'hébergement tant que Daniel était locataire – pourquoi formuler une demande d'hébergement quand on a un logement ? Les démarches ont donc pris du retard. À cela s'ajoute le fait que Daniel a un chien, Samo, et que les places d'hébergement pour les personnes accompagnées d'animaux sont très rares. La liste d'attente est donc longue et il va devoir patienter comme en témoigne cet échange qui s'est tenu le 21 septembre lors d'une réunion d'équipe à la Villa d'Hestia :

> TRAVAILLEUR SOCIAL : Il y a peut-être la possibilité de travailler un peu en amont soit Carteret soit Rodolphe [*deux CHRS accueillant des sans-abri ayant des chiens*] pour qu'il puisse y trouver une place. Pour moi c'est la meilleure projection qu'on peut avoir pour lui. Se dire que oui, malheureusement il va repasser à la rue mais si on prépare bien en amont il va peut-être pouvoir y passer que quelques jours et peut-être après la possibilité soit d'aller à Carteret soit à Rodolphe. Carteret ça sera d'abord une place Samu donc il faut qu'il passe par la rue et Rodolphe soit on a un coup de bol et ils ont une place…

CADRE DE SANTE : Mouais sachant qu'[une professionnelle du Samu Sociale] disait qu'il y a plein de situations qui attendent des places. Donc Monsieur Avellas [*nom de famille de Daniel*]…

La sortie de Daniel est décalée du 2 au 6 octobre. Ce changement s'explique par le fait que Daniel a eu un malaise le lendemain de notre entretien, le 25 septembre. Il a été hospitalisé plusieurs jours et est revenu à la Villa d'Hestia le 1er octobre. N'étant pas venu sur le terrain durant cette semaine, j'apprends la nouvelle complètement par hasard. Le 1er octobre, je suis dans le hall d'entrée. Par les fenêtres je vois plusieurs hommes dans le coin fumeur. L'un d'eux porte un pull bleu et noir, un pantalon kaki et une casquette, les habits que portent souvent Daniel. Mais je ne le reconnais pas. Mon trouble s'accentue car à côté de l'homme il y a le chien de Daniel. Est-ce que c'est bien lui ? Cet homme me semble différent : il porte une barbe de quelques jours, beaucoup plus courte que celle de Daniel, il me paraît aussi plus maigre, avec une posture corporelle différente, plus voutée. Je vais donc voir la secrétaire présente à l'accueil pour lui demander :

GABRIEL : C'est Monsieur Avellas là ?

SECRETAIRE : Ouais, t'es pas au courant ? Il a fait un malaise la semaine dernière, les pompiers sont venus. Il sort tout juste de l'hôpital.

Je vais voir Daniel, prendre de ses nouvelles. Il me dit qu'il est fatigué et m'explique ce qui s'est passé : « Je lui dois la vie à l'infirmier, Cyril, c'est lui qui m'a trouvé sur le banc là-bas [*il m'indique le banc au fond du jardin intérieur*]. Je ne pouvais plus respirer. En fait, mon système nerveux n'envoyait plus rien à mes poumons qui ne traitaient plus le dioxyde de carbone. C'est pour ça que j'ai perdu connaissance. » Cet évènement n'empêche pas son retour à la rue, il ne fait que le retarder de quelques jours. Ce malaise renforce légitimement l'appréhension de Daniel quant à son départ.

b/ Craintes d'un retour à la rue malade

Mardi 6 octobre 2015. Je discute dans le coin fumeur avec Daniel qui va quitter l'établissement dans quelques heures. Monsieur Kourimate, un patient, arrive près de nous et demande à Daniel comment ça va :

DANIEL : Je pars là, ils m'ont viré !

MONSIEUR KOURIMATE : Viré ? Mais pourquoi ? Qu'est-ce que t'as fait ?

DANIEL : C'est fini. Soi-disant je suis guéri mais j'ai encore plein de trucs !

MONSIEUR KOURIMATE : Ah donc c'est la fin de séjour, pas viré…

DANIEL : Si pour moi c'est pareil, ils m'ont viré. C'est inhumain non ?!

MONSIEUR KOURIMATE : Je ne sais pas. Franchement je ne connais pas le fonctionnement de la structure.

DANIEL : Ouais bon… Dans une heure je récupère du tamien [*cannabis*].

MONSIEUR KOURIMATE : T'aurais mieux fait de te prendre une chambre d'hôtel.

DANIEL : Du Subutex ? Ne t'inquiète pas pour ça…

MONSIEUR KOURIMATE : Mais je ne te parle pas de ça, je te dis une chambre d'hôtel !

DANIEL : Au prix où c'est. Je ne vais pas claquer 50 balles dans une chambre d'hôtel. Je vais retourner à Monplaisir [*quartier lyonnais*] et on va se trouver un coin à l'abri. Hein Samo ?

MONSIEUR KOURIMATE : Ben bonne chance.

Cette courte interaction exprime bien le sentiment de Daniel au moment de quitter la Villa d'Hestia. Contrairement à ce qu'il dit, Monsieur Kourimate lui fait remarque à juste titre qu'il n'est pas « viré » de l'institution mais qu'il s'agit d'une « fin de prise en charge ». Le point de vue de Daniel est évidemment contraire et s'appuie sur la réalité de ses pathologies. Il me disait déjà lors de notre entretien du 24 septembre : « Je vais me retrouver à la rue parce que je ne suis pas malade, on a soigné mes pieds. Mais est-ce qu'on a soigné mon VIH, mon hépatite B, mon hépatite C, mon apnée du sommeil, mes problèmes au cœur, mes problèmes aux poumons ? Ils ne prennent pas en compte ces maladies-là ? Je suis condamné depuis trente ans et je suis toujours vivant. Et ils me jettent à la rue ? Non ce n'est pas normal, je ne comprends pas ! » Son malaise renforce sa colère. Lors d'une discussion informelle le 2 octobre, il décrit sa remise à la rue comme « non-assistance à personne en danger. Si ça m'arrive une nouvelle fois et qu'il n'y a personne cette fois, j'y passe. Ce n'est pas terrible de finir comme ça dans la rue ». Il craint de refaire un malaise et que cette fois il n'y ait personne pour lui venir en aide. Son décès quinze jours plus tard d'un arrêt cardiaque donnera une dimension tragiquement prédictive à cette appréhension. De plus, il interroge l'intérêt de se soigner si c'est pour ensuite retourner à la rue où son état de santé va se dégrader à nouveau

car il ne prendra plus ses traitements et augmentera ses consommations de drogues comme il me l'annonce :

> DANIEL : À quoi bon se soigner si c'est pour retourner à la rue ?! Ils vont me virer et après ils vont me dire si vous voulez revenir… parce que le Samu Social va passer me voir dans la rue, ils vont voir que ça ne va pas et ils vont refaire une demande […]. Je vais me retrouver dehors avec mon duvet, mon chien à côté de moi, ma bouteille de rosé. Ma bouteille, il y en aura quatre, cinq. Depuis que je suis là je bois pratiquement plus et si je retourne dans la rue, je vais me remettre à picoler parce que je vais re-rencontrer mes potes de la rue et entre nous qu'est-ce qu'on fait à part fumer des pets, boire, il y en a ils prennent de la poudre, moi de temps en temps. On prend tout dehors […]. En ce moment je prends mes médicaments mais j'ai peur de reperdre l'habitude, c'est ça mon problème. Mon problème c'est mon traitement. J'ai huit médicaments le matin, deux le midi et quatre le soir. Ce n'est rien mais dans la rue c'est dur de les prendre, on oublie, c'est ça le problème. On boit tellement, on fume tellement, on n'y pense pas. On est concentré sur une partie de boules, on discute avec des potes et quand on a pris des canons, les discussions ça part dans tous les sens. Il y a des gens qui t'amènent des pizzas ou des poulets et ça discute encore. Et ça discute encore, jusqu'à 3h du matin.

Daniel pointe la relation à des environnements et ses effets sur les capacités à agir sur les soins. À la Villa d'Hestia, il peut s'appuyer sur les professionnels pour prendre ses médicaments mais aussi sur le fonctionnement de l'institution (alcool interdit entre les murs, horaires de sortie) pour diminuer sa consommation d'alcool. Il anticipe que la vie dans l'espace public va le conduire à boire plus et va le perturber dans sa prise des médicaments. D'ailleurs, trois jours après son départ de la Villa d'Hestia je revois Daniel dans le coin fumeur. Il est venu rendre visite à son frère qui vit dans l'un des Appartements de Coordination Thérapeutique, situés dans le même bâtiment que les Lits Halte Soins Santé[365]. Cyril, l'infirmier, vient le saluer. Il prend de ses nouvelles et lui demande s'il est venu récupérer des affaires. Il lui explique qu'il est venu voir son frère à qui il a laissé ses médicaments : « Tous les jours je viens les prendre ici, c'est important. Comme ça je ne les perds pas aussi. » L'infirmier trouve que c'est un « bon arrangement ». Il illustre comment le départ de l'institution engage une reconfiguration du collectif de soins dans lequel s'inscrit le patient. Il ne peut plus s'appuyer sur celui situé à la Villa d'Hestia mais essaye, malgré tout, de maintenir un lien avec son frère censé l'aider dans sa prise des médicaments. Mais cette relation est fragile et l'arrangement difficile à tenir en raison de la distance – deux kilomètres – qui sépare la Villa d'Hestia du lieu de vie de Daniel, dans le quartier de Monplaisir.

[365] Les deux frères ne s'étaient pas vus depuis plusieurs années, ils se sont retrouvés à la Villa d'Hestia par hasard.

La crainte du retour à la rue est partagée par d'autres personnes qui sont prises en charge aux Lits Halte Soins Santé, qui font une halte et prennent le temps de se reposer. Selon la cadre de santé de la Villa d'Hestia, certains patients vont jusqu'à « s'automutiler » pour ne pas se retrouver, de nouveau, à la rue : « Il y a des besoins énormes, des besoins d'hébergement qui viennent biaiser tout. Du coup des personnes vont faire en sorte de ne pas guérir. Moi j'ai vu des personnes s'automutiler pour rester à la Villa d'Hestia parce que, pour elles, guérir c'est retourner dans la rue. Donc il y a des enjeux là derrière qui sont compliqués. » Faute de places d'hébergement, les patients n'ont guère de stratégies à mettre en œuvre. Cette crainte est d'autant plus grande que plusieurs patients se projettent dans une sortie de la rue en arrivant à la Villa d'Hestia, comme on l'a vu dans le chapitre 3. En essayant de ne pas guérir, comme le dit la cadre de santé, les patients endossent un rôle à contre-courant de celui du « malade », tel que le définissait Talcott Parsons :

> « Il [*l'individu reconnu comme malade*] a droit à une aide, n'étant pas tenu pour responsable de son incapacité. En contrepartie il a l'obligation de considérer son état comme indésirable et de vouloir aller mieux, ainsi que celle de rechercher une aide compétente pour guérir et de coopérer avec les personnes qui ont charge de le soigner. Il s'agit en effet, d'éviter que les individus cherchent à profiter trop souvent et trop longtemps des bénéfices procurés par le statut de malade, en termes de décharge de responsabilités sociales par exemple » (Vassy & Derbez, 2019, p.127).

Pour les personnes sans abri, la maladie peut permettre une « amélioration paradoxale des conditions de vie » (Benoist, 2016). Selon l'ethnologue, la « maladie a des conséquences bénéfiques pour le malade » sans abri au sens où il peut avoir droit à de nouvelles sources de revenus, accéder plus facilement un hébergement ou obtenir un titre de séjour. Néanmoins, cette « amélioration » ne peut être que provisoire et la guérison devient un piège. C'est ce qui se passe aux Lits Halte Soins Santé où l'hébergement pour raison de santé est temporaire puisque 70% des prises en charge ne dépassent pas les deux mois règlementaires (Picon & *al.*, 2013, p.51). La durée du séjour de Daniel est d'un peu plus de deux mois. Celles bien plus longues de certains patients deviennent alors des sources d'interrogations et de critiques pour tous ceux qui ne peuvent en bénéficier comme Daniel.

c/ Critiques d'une application différenciée du règlement

À chaque fois que nous discutons ensemble, dans les jours qui précèdent la fin de sa prise en charge à la Villa d'Hestia, Daniel compare sa situation médicale avec celles d'autres patients :

« Il y a des mecs ça fait trois ans qu'ils sont là, ils n'ont rien, ils sont juste sous méthadone. J'en connais un il est sous méthadone, ça fait trois ans qu'il est là, ce n'est pas normal ! Pourquoi lui il est là et moi je vais me retrouver à la rue ? Parce que je ne suis pas malade, on a soigné mes pieds […]. Il y a des gens qui sont moins malades, qui ont moins de problèmes de santé que moi et ça fait deux ans qu'ils sont là. Et moi on me dit : "Monsieur Avellas vous allez quitter l'établissement" […]. Il y en a, ça fait quatre ans, deux ans, un an, six mois qu'ils sont là et moi on me remet à la rue à Monplaisir […]. Il y a des mecs ici ils n'ont pas la moitié de ce que j'ai, ils ont un cancer. Mais moi ce que j'ai c'est pire qu'un cancer. Tout ce que j'ai cumulé c'est la misère… » En mettant en parallèle sa situation avec celles d'autres patients qu'il connait, Daniel entend dénoncer une différence de traitement, une injustice criante. Il estime ne pas être logé à la même enseigne que certains patients qu'il considère comme malades chroniques donc moins atteint que lui et qui, pourtant, restent plus longtemps dans l'établissement. Ses propos mettent en avant l'idée que si « l'accession à un hébergement (quelques fois à un logement adapté) peut se réaliser grâce ou à cause d'une nécessité de soins […] la continuité des soins et de l'hébergement n'est en rien systématique : elle relève de la négociation et comporte une part d'arbitraire » (Jouve & Pichon, 2015, p.50). Pleinement conscient de ce jeu des négociations, il se remémore au cours de nos discussions certaines interactions qui ont pu, selon lui, avoir une influence sur le non-prolongement de son séjour. Il estime, notamment, son refus d'une mise sous curatelle comme un élément déterminant dans le choix institutionnel de ne pas prolonger son séjour :

DANIEL : Peut-être il aurait fallu que je sois plus clean, plus serviable avec les gens, plus poli mais pourtant je le suis poli. Peut-être qu'il faudrait que je fasse un effort. Et là ils m'auraient peut-être gardé ici si j'avais pris une tutelle ou une curatelle…

GABRIEL : Vous pensez que…

DANIEL : Ouais, ils m'ont bassiné avec ça. Je pense ils m'auraient gardé. Et vu que je ne veux pas être sous tutelle ils me foutent à la porte. Je me débrouille, j'ai 53 ans je peux me débrouiller. Mais là, ils auraient voulu que je sois sous tutelle ou curatelle. Ils m'ont proposé une curatelle renforcée.

GABRIEL : Ils vous ont expliqué pourquoi ?

DANIEL : Ben pour gérer mes papiers et mon argent. Mais moi ça, interdit. Tu ne gères pas mon argent, t'es qui toi ?! Moi je ne veux pas que tu gères mon argent. Même si je le gère mal, je le gère quand même. C'est un peu difficile d'entendre ça : « Ouais Monsieur Avellas, vous savez vous êtes dans une période où vous allez être obligé d'en passer par là parce que vous n'êtes pas bien net, tati tata… » J'ai dit :

> « Comment ça je ne peux pas gérer mon argent, bien sûr que je peux gérer mon argent ! » Ça fait 53 ans que je vis, je n'ai rien demandé à personne. Pourquoi vouloir mon argent pour me dire on va vous donner 60€ par semaine. 60€ par semaine ça ne paye pas mes clopes de la semaine. Et je fais quoi ? Je mange quoi ? Du tabac ? Non il y a des limites à la connerie. Mais sous tutelle, sérieux, j'avais ma place ici pour six mois. Et vu que je ne veux pas de tutelle : « Dégagez Monsieur ! » J'en connais deux ici ils ont pris une tutelle ça fait cinq ans et trois ans qu'ils sont là parce qu'ils ont accepté la tutelle.

Il avance également un autre argument. Selon lui, les professionnels le jugent en capacité d'assumer la vie à la rue et pensent qu'il veut y retourner c'est pourquoi ils ne prolongent pas son séjour :

> DANIEL : Je suis un de ceux qui a le plus de bordel dans le corps mais vu que je présente bien et que mes pieds ils vont bien et je présente bien, ils [*les professionnels*] estiment que je suis quelqu'un capable d'assumer la rue. Mais j'en suis capable mais ça casse les couilles la rue, ce n'est pas l'idéal […]. La rue ça m'intéresse plus. Mais comme je leur ai expliqué, s'il faut que j'y aille j'irai, ce n'est pas le problème mais ça m'intéresse plus. Je n'ai pas peur d'y aller alors eux, dans leurs têtes, ils ont compris il est prêt à retourner dans la rue sans problème. Ce n'est pas ça que je leur ai dit. Je leur ai dit si je suis obligé, j'y retourne et ça ne me fera pas plus de mal que ça, je suis habitué. Eux ils ont compris que j'avais envie d'y retourner. Voilà ce qu'ils ont compris.

Daniel souligne, à mon avis, un point essentiel quand il considère que les professionnels estiment qu'il est en capacité « d'assumer » la vie à la rue. En effet, au regard de mon travail de terrain il apparaît que les personnes qui ont les durées de séjour les plus longues sont celles qui ont des pathologies exigeant des accompagnements longs et complexes (soins palliatifs, chimiothérapie, *et caetera*) mais aussi celles qui ont peu ou plus de traitements mais paraissent trop « vulnérables » pour la vie à la rue. La sortie de l'institution d'hébergement, comme l'entrée, engage un travail d'évaluation de la part des professionnels. Du fait des pathologies qu'elles ont et/ou du temps qu'elles passent à la Villa d'Hestia, certaines personnes sans abri apparaissent aux yeux des professionnels comme incapables d'assumer les contraintes et les difficultés d'un retour à la rue, d'y maintenir une « intégrité physique » et des « liens de sociabilité » nécessaire au « maintien de soi » (Pichon, 1996). C'est un point directement soulevé dans une page d'un rapport d'activité de la Villa d'Hestia :

> « Compte tenu de la complexité des situations, tant sur le plan médical que social, des perspectives bien souvent compliquées par des projets individuels difficiles à faire émerger et des lenteurs administratives, la durée de deux mois prévue par les textes ne peut pas toujours être respectée. Il faut également tenir compte du fait que les personnes dont le séjour s'est prolongé à la Villa sont fragilisées, les savoirs et

> savoir-faire qu'ils avaient développés pour survivre dans la rue ayant pu être perdus ou altérés. Ce constat de "vulnérabilité augmentée en sortant de la Villa" est partagé par un certain nombre de nos partenaires. La sortie doit alors se faire par paliers : nous sollicitons des dispositifs partenaires (Samu Social, Chardonnière[366]…) qui permettent de proposer au patient des solutions de niveau intermédiaire avant de le confronter à nouveau à l'hébergement d'urgence ou à la rue. Cela nous enseigne que la durée de séjour doit être la plus courte possible quand la situation le permet. Par contre, si la personne trouve à l'occasion de cette Halte, les raisons de prendre soin d'elle-même, démontrant une impossibilité de continuer ce chemin d'errance et de survivre dans la rue, il semble important de prolonger ce séjour, parfois bien au-delà des deux mois, afin de trouver une solution d'hébergement pérenne.[367] »

Cet extrait illustre parfaitement comment les jugements des professionnels sur les capacités des personnes à survivre à la rue influencent la durée de séjour et l'orientation à la sortie. Daniel apparaît, quant à lui, en capacité de faire face. Sa manière d'être mais surtout les récits de la débrouille – tels que sa facilité à obtenir de l'argent en faisant la manche ou l'aide qu'il reçoit de certains habitants du quartier de Monplaisir où il est bien connu – qu'il me narre et qu'il partage également avec certains patients et certains professionnels circulent dans l'institution et contribuent à ce que ces derniers le jugent capable de surmonter l'épreuve d'un retour à la rue. Lors de la réunion d'équipe du 21 septembre, un professionnel affirme par exemple que « pour avoir échangé avec lui là-dessus, ça ne lui fait pas peur de repasser l'hiver dehors ». Dans ses propos et l'échange qui suit avec le reste de l'équipe, il n'y a pas d'inquiétude spécifique. Certes, selon les professionnels il est moralement insupportable de renvoyer une personne à la rue mais les contraintes de fonctionnement de l'établissement pris dans un système clos et, de ce fait, toujours tendu en matière de places d'hébergement et de logement accompagné conduit à s'appuyer sur de maigres convictions : Daniel paraît armé pour faire face aux conditions de la vie à la rue. De plus, comme l'évoque un infirmier, il y a éventuellement la possibilité qu'il puisse se mettre à l'abri dans son appartement, tant qu'il en est encore locataire, et la progressive mise en place du plan froid dans les semaines qui viennent laisse espérer qu'il trouvera rapidement une place d'hébergement. Autant de raisons qui amènent les professionnels à envisager la remise à la rue puisque ses soins sont terminés et aucune autre solution d'hébergement n'a été trouvée.

L'annonce de son décès, quinze jours plus tard, le 21 octobre 2015, constitue un choc « violent » pour l'équipe qui ne s'y attendait pas. À ce moment-là je ne suis pas présent sur le terrain et ne je ne peux donc pas savoir comment cette mort est discutée ou pas par les

[366] Centre d'hébergement, géré par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, à Francheville, en périphérie de Lyon. L'institution comprend aujourd'hui les « lits de repos » pour hommes.
[367] Rapport d'activité 2012, Villa d'Hestia, p.14.

professionnels. J'apprends la nouvelle une semaine plus tard, le 29 octobre. Avec l'éducateur, nous venons d'accompagner José, un patient qui quitte la Villa d'Hestia pour aller vivre dans un foyer logement non médicalisé pour personnes âgées. C'est sur le chemin du retour qu'il m'annonce le décès de Daniel. La nouvelle est dure à encaisser. Ses craintes de retourner à la rue, qu'il m'avait longuement confiées dans les derniers jours de son séjour, reviennent à ma mémoire. Je demande à l'éducateur comment l'équipe a réagi : « C'est violent, t'imagine bien. On remet un gars à la rue et, deux semaines plus tard, t'apprends qu'il est mort dans un squat. Ça interroge sur ce qu'on fait. Mais bon on en a déjà discuté, ça interroge aussi le dispositif. On accueille des personnes quelques temps, elles se soignent, elles se posent plus ou moins et après elles repartent à la rue… » Il prend l'exemple de José, que l'on vient d'accompagner, pour souligner l'intérêt qu'il peut y avoir à prendre du temps, à garder les personnes à la Villa d'Hestia – il est resté 16 mois – le temps de trouver une solution stable. À l'instar de la fin de séjour à l'hôpital d'Éric, analysée dans le chapitre 2, la responsabilité morale de la fin de séjour et donc, ici, du décès du patient, n'est pas portée par des professionnels mais par des professionnels pris dans des contraintes institutionnelles. L'éducateur formule une critique vis-à-vis non pas de la Villa d'Hestia comme institution particulière, mais des Lits Halte Soins Santé dans leur ensemble. Il pointe la limite de cette réponse institutionnelle quant aux fins de séjours qui aboutissent régulièrement par des retours à la rue aux conséquences néfastes, si ce n'est dramatiques, pour la santé et les soins dans lesquels se sont engagés les patients.

***

Cette section s'est arrêtée sur l'épreuve pratique et morale de la fin de séjour à partir de deux situations : d'un côté, Monsieur Palay, pour lequel les professionnels essayent de définir des finalités provisoires dans le cadre d'un accompagnement sans fin ; de l'autre, Daniel, qui est remis à la rue malgré l'existence de multiple pathologies chroniques. Les deux cas invitent à penser la fragilité des collectifs de soins qui s'élaborent à la Villa d'Hestia. Le premier en soulignant la difficulté à définir les « soins » dont aurait besoin le patient ; le second en montrant que les collectifs de soins sont provisoires et situés dans une institution où les personnes n'ont vocation qu'à faire une « halte ».

Ce premier chapitre consacré à la Villa d'Hestia a permis de comprendre l'hétérogénéité des relations de soins dans cet environnement, engageant une diversité d'acteurs (les

professionnels, les patients, les passants) et soulevant de multiple conception du soin (soins spécialisés, prendre soin, soins en addictologie, soins de confort, prise en charge de pathologies aiguës ou chroniques). Je propose de poursuivre cette analyse dans le prochaine chapitre en intégrant à l'analyse de ces réseaux de soins les animaux et l'alcool.

Chapitre 5 – La *qualité soignante* des attachements aux animaux et à l'alcool

Plusieurs enquêtes sur le sans-abrisme ont mis en avant l'importance des attachements dans les manières d'habiter l'espace public ou des institutions d'hébergement. Claudia Girola évoque un « attachement aux lieux » des sans-abri qui « repose sur une inscription dans des relations sociales qui attache l'individu à un espace d'appartenance et lui permet d'affirmer : "Je suis d'ici" » (Girola, 2011, p.60). Une analyse qu'on retrouve chez Édouard Gardella (2019) pour qui ces attachements des sans-abri à d'autres personnes (des sans-abri, des commerçants, des passants, des voisins, *et cætera*) permettent de comprendre des refus d'hébergement car intégrer ces institutions pourraient fragiliser ces attachements voire entraîner des coupures coûteuses pour les sans-abri. À partir d'une enquête multisituée sur les conditions d'« accès au chez soi » dans différentes institutions d'hébergement, Pascale Pichon, Élodie Jouve, Katia Choppin et David Grand (2010) font des attachements l'une des quatre dimensions de leur théorie ancrée (*grounded theory*) de du chez soi (la théorie des 4A), avec l'aménagement, l'appropriation et l'ancrage. Les attachements sont divers, ils concernent autant des êtres humains que des entités non humaines : « À quoi s'attache-t-on ? Aux proches, famille, amis, aux animaux, mais aussi à l'alcool, aux drogues, et neuroleptiques qui ne sont pas regroupés sous la dénomination addiction par hasard. En somme, on s'attache à ce qui nous fait tenir en nous reliant à des réseaux, à des habitudes ou à des dépendances. L'individu, au centre de cette constellation, est assuré de part en part par les fils qui le relient à d'autres gens, à d'autres choses » (*Ibid.,* p.151).

Si les attachements participent de l'habiter et instaurent un réseau de liens, au centre duquel est placée la personne, ce réseau n'est pas immuable, il évolue : des attachements disparaissent quand d'autres se créent ou se redéfinissent. Ils ne sont jamais figés et sont susceptibles d'être mis à l'épreuve au gré des situations (Hennion, 2010), comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. L'entrée à la Villa d'Hestia, comme toute arrivée dans un nouvel environnement, engage pour les personnes sans abri un travail de « valuation »

(Dewey, 2011) pour redéfinir voire découvrir ce(ux) à quoi elles tiennent (Bidet, Truc & Quéré, 2011). Les sans-abri gèrent aussi leurs attachements au regard du contexte institutionnel dans lequel ils se trouvent :

> « - Certains suivent le chemin proposé par l'institution. Tous leurs efforts se concentrent pour rompre avec les "dépendances nocives"" et nouer ou réaffirmer de nouveaux "attachements bénéfiques". Bien souvent, l'institution fait partie des dépendances dont ils doivent se détacher.
> - D'autres ne poursuivent pas totalement les préconisations de l'institution. La séparation radicale avec l'institution devient la phase salvatrice pour l'accès au chez-soi pour mieux se projeter dans de nouveaux attachements.
> - Enfin, le chez-soi signifie aussi que les personnes peuvent gérer leurs "attachements nocifs ou bénéfiques" comme elles le souhaitent. Il suffit qu'elles ne créent pas de troubles (et se trouvent alors à nouveau repérées par l'assistance). Dans ce cas, les attachements antérieurs peuvent donc perdurer » (Pichon (dir.) avec Jouve, Choppin & Grand, 2010, p.157).

Dans cette citation, les chercheurs mentionnent des attachements « bénéfiques » et des attachements « nocifs ». Toute l'importance de cet extrait réside dans l'usage des guillemets. Il sous-entend qu'il n'y a pas d'attachements bénéfiques ou nocifs en soi mais qu'il y a des attachements qui sont *définis* comme « bénéfiques » et d'autres qui sont *définis* comme « nocifs » par les personnes enquêtées. Les guillemets indiquent que ces qualifications sont discutées et discutables : certaines personnes vont s'accorder sur la dimension « bénéfique » de tel attachement, quand d'autres vont débattre de sa dimension « nocive ». Pour résumer, ils sont « bons ou mauvais selon les points de vue » (Pichon, 2019, p.78). Les attachements sont l'objet de multiples qualifications dont l'enquête sociologique doit rendre compte afin de comprendre la manière dont les personnes s'en saisissent et font avec, malgré ou contre eux. Ce chapitre cherche ainsi à prolonger et à approfondir la proposition des chercheurs susmentionnés (Pichon (dir.), 2010) en enquêtant à la fois sur la manière dont les sans-abri tissent des attachements *et* sur les façons dont ces attachements sont qualifiés et pris en compte par une pluralité d'acteurs (les sans-abri eux-mêmes mais aussi les professionnels soignants) dans la définition et l'accomplissement du soin. Pour cela, je vais m'intéresser à deux attachements, réglementairement interdits dans l'institution et diversement partagés par plusieurs patients de la Villa d'Hestia : l'attachement à l'alcool, que j'ai commencé à analyser dans le chapitre 4, et l'attachement aux animaux. Cette mise en dialogue de deux types d'attachements extrêmement différents peut déconcerter : comment faire dialoguer un attachement (celui à l'alcool) qui relève ici de l'addiction avec un attachement (celui aux animaux) qui relève d'une relation affective ? La réponse à cette question réside dans

l'enquête ethnographique. En effet, l'immersion ethnographique à la Villa d'Hestia révèle que, malgré leurs différences – qui ne seront ni niées ni éludées dans ce chapitre – ces attachements aux animaux sont l'objet, de la part des professionnels des Lits Halte Soins Santé, d'un jugement sur ce que je propose de nommer leur *qualité soignante*. En exerçant leur jugement, les professionnels essayent de répondre à une question qu'il est possible de formuler ainsi : est-ce que cet attachement favorise, ou non, la relation de soin avec cette personne ? En effet, ces professionnels s'inscrivent dans un « univers symbolique médical » au sens où « c'est [la prise en charge médicale] qui justifie et donne sens à l'action » (Parizot, 2003, p.162) ; pour le dire autrement, c'est la prise en charge médicale qui justifie et donne sens aux jugements qu'exercent les professionnels sur les attachements des personnes sans abri aux animaux et à l'alcool. Dans certaines situations, les professionnels vont *reconnaître* une qualité soignante à ces attachements pour lesquels il faudra alors trouver une place dans la relation de soin et dans l'institution, malgré les interdits existants ; dans d'autres cas, au contraire, les professionnels nieront cette qualité soignante et exigeront que la personne se *coupe* d'un attachement jugé non-soignant, voire nocif pour sa santé et ses soins. C'est ce cheminement, cette dynamique des jugements qui constituera le fil rouge de ce chapitre : comment les professionnels jugent-ils ces attachements ? Comment ces jugements évoluent ? En quoi font-ils l'objet de discussions, parfois de désaccords, entre les professionnels et les personnes sans abri ? Quelles conséquences ont ces jugements dans la manière dont les sans-abri s'attachent et donc habitent dans l'institution ? Autant de questions qui guideront ce chapitre composé de trois sections.

Dans la première, je présenterai, à partir d'une description des relations entre les sans-abri et les animaux, les deux principales tendances – la reconnaissance et la coupure – que je distingue à partir de mon enquête. Dans une seconde section, il s'agira de comprendre de quelles manières l'alcool peut être reconnu dans le cadre des soins. Et dans une troisième section, j'analyserai comment les professionnels essayent d'empêcher un patient de consommer de l'alcool au nom de sa santé et de ses soins.

Section 1 – Juger les attachements aux animaux

En s'inspirant d'une « sociologie *avec* les animaux » focalisée sur les relations anthropozoologiques (Michalon & *al*. 2016), cette première section vise à comprendre, d'une part, les relations qui existent et qui se nouent entre les patients des Lits Halte Soins Santé et les animaux présents à la Villa d'Hestia et, d'autre part, les manières dont les professionnels jugent et qualifient ces relations, et avec quelles conséquences sur l'attachement aux animaux. Il faut dire que cet établissement a une caractéristique particulière qui rend une réflexion sur la place des animaux obligatoire. L'institution, située en centre-ville, comprend, je l'ai déjà décrit, un jardin intérieur où se sont installés une dizaine de chats errants. Ces derniers ne font pas partie d'un dispositif de « soin par le contact animalier » (Michalon, 2014) mais cohabitent, et donc entrent en interaction, avec les patients et les professionnels de la Villa d'Hestia. Ce sont ces interactions avec ces animaux que je m'attacherai à décrire et à analyser dans un premier temps (1). Dans un second temps, deux nouveaux animaux apparaîtront : un chien et un lapin. En m'prolongeant les travaux de Christophe Blanchard sur les relations entre les sans-abri et leurs chiens, je m'arrêterai sur la figure du binôme maître-animal qui peut préexister à l'entrée dans l'institution ou émerger en son sein (2).

1/ Prendre soin de chats indésirables

Les chats errants de la Villa d'Hestia occupent une place centrale dans le quotidien de certains patients : ils les nourrissent, jouent avec eux, les caressent, les portent ou encore leur parlent. L'observation et la description de ces pratiques réalisées par les professionnels en amènent quelques-uns à s'interroger sur cette présence et à imaginer des activités de soin avec ces animaux (a). Se déploie ici une *tendance à la reconnaissance* de l'attachement aux chats qui s'incarne chez les professionnels dans le fait de ne pas appliquer le règlement, dans le fait de fermer les yeux quand les patients transgressent certaines règles, comme celle qui interdit de les nourrir (b). Néanmoins, dans certaines situations le règlement s'impose et devient un outil, une ressource que les professionnels peuvent mobiliser pour prévenir un attachement trop fort aux chats et les coûts émotionnels du détachement (c).

a/ Imaginer des activités avec les chats

Nous sommes le lundi 21 septembre 2015. Comme tous les lundis, en début d'après-midi, se tient une réunion médico-sociale entre les professionnels[368], au cours de laquelle chaque situation est discutée collectivement. L'équipe commence par parler de Monsieur Taous, âgé de 40 ans, qui est arrivé à la Villa d'Hestia il y a plus de trois ans, en avril 2012. Ils abordent sa gestion des médicaments, qu'« il n'oublie plus », évoquent l'éventualité de lui proposer des soins dentaires pour plusieurs dents abîmées et soulignent une diminution de ses consommations d'alcool depuis que Robert, un patient avec lequel il allait boire chaque après-midi, a quitté l'institution. La cadre de santé prend en note cet élément sur l'ordinateur portable qui lui fait face. Elle énonce lentement ce qu'elle écrit à mesure qu'elle tape sur le clavier : « Baisse de la consommation d'alcool depuis que Monsieur P. est parti... » Pour la laisser écrire, un silence de quelques secondes s'installe. Il est interrompu par une aide-soignante : « Là, il était avec le chaton ! » dit-elle avec un sourire bienveillant. La cadre de santé lève la tête de l'ordinateur et, sur le même ton, signale qu'elle a vu ce matin Monsieur Taous et répète ce qu'il lui a dit, en rapprochant ses mains près de sa poitrine pour mimer le port du chaton : « Je peux le garder comme ça toute la journée. » La phrase nous fait rire. Elle rajoute qu'« ils s'attachent tous aux chats là » et un infirmier renchérit en évoquant que « vendredi c'était impressionnant, ils étaient tous… ils venaient chercher des petits cotons… » Cette courte séquence entre les professionnels fait écho à un événement survenu trois jours plus tôt, le vendredi 18 septembre 2015. En début d'après-midi, aux alentours de 14h, je découvre sur les dalles du coin fumeur un chaton entouré de plusieurs patients. Personne n'est d'accord sur la manière dont il s'est retrouvé là. Ce qui semble sûr c'est qu'« il n'est pas sevré et que sa mère, elle, ne va plus vouloir s'en occuper vu que tout le monde l'a touché », comme le répète inlassablement Daniel, un patient. Tout en le caressant, ils discutent et s'interrogent. Ils soulignent à la fois qu'« il est beau » et « mignon » mais se préoccupent de son devenir : « Il est vraiment petit ! Tu crois qu'il a quel âge ? On ne peut pas le laisser comme ça, qu'est-ce qu'on va en faire ? » Prévenue par la secrétaire de l'établissement, la Société Protectrice des Animaux (SPA) viendra le chercher en début de semaine. En attendant, quelques personnes s'organisent. D'abord, elles décident de lui laver les yeux qu'il a mi-clos et qu'elles estiment sales : une personne va prendre dans sa chambre des cotons tiges qu'elle ramène par dizaines ;

[368] Rappelons que les secrétaires et les agents de service hospitalier ne participent pas à cette réunion hebdomadaire. Je le précise car les secrétaires, depuis la place qu'elles occupent dans l'établissement, ont une vue privilégié sur le coin fumeur où se jouent la majorité des interactions entres les patients et les chats errants.

à leur demande, je vais en salle de soin chercher du coton et du sérum physiologique auprès d'un infirmier. Une fois le matériel récupéré, deux personnes s'attellent au nettoyage : l'une le tien, l'autre passe délicatement le coton mouillé du sérum sur le contour des yeux de l'animal. Après l'avoir nettoyé, elles le reposent au sol. Le reste de l'après-midi, il restera là, au milieu des patients qui le surveilleront pour qu'il ne lui arrive rien. Cette douce prise en charge du chaton se poursuivra durant le weekend au cours duquel Monsieur Taous lui donnera des restes de ses repas et le fera dormir dans sa chambre, sur son lit. Lorsque les services de la SPA viennent le récupérer, le lundi, il me confie être « triste. Je m'étais attaché, c'est une bonne compagnie. Quand j'aurai un appart, plus tard, je prendrai un chat ! »

Le vendredi après-midi, alors que ce chaton mobilise toute l'attention des patients, une aide-soignante, de passage dans le coin fumeur, me dit en aparté : « C'est dommage qu'on ne laisse pas les patients s'occuper des chats, ça leur plaît. On devrait plutôt faire des activités avec les chats. Ça leur ferait du bien je pense. » Un peu plus tard dans l'après-midi, Catherine, une des secrétaires qui a pu observer la scène depuis son bureau, dont une des fenêtres donne sur le coin fumeur, va dans le même sens que sa collègue : « Je ne comprends pas pourquoi la direction interdit qu'ils s'occupent des chats, ça leur plaît. » Cette remarque me sera réitérée plus tard au cours de l'enquête, le 6 janvier 2016, à la sortie de l'exposition photographique organisée à la Villa d'Hestia que j'ai évoquée dans le chapitre 1. Marie, une travailleuse sociale des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT[369]) qui intervenait aux Lits Halte Soins Santé, vient me voir et me remercie d'avoir exposé des photos avec les chats : « C'est bien que la direction voie ça. Ça montre que les chats sont importants pour les personnes. Ça peut nous donner des arguments pour dire qu'il faut les garder. » Les photos prises par les patients constituent ainsi une preuve de leur attachement. De cette relation humain-animaux, les trois professionnelles pressentent que le soin accompli par les patients envers les chats n'est pas unilatéral. Leur constat semble faire directement écho aux observations de séances de soin par le contact animalier réalisées par Jérôme Michalon qui note :

[369] Rappelons qu'au sein du bâtiment de la Villa d'Hestia il y a les Lits Halte Soins Santé et cinq Appartements de Coordiation Thérapeutique.

> « En recevant des soins des humains, les animaux deviennent pourvoyeurs de soin. Les bénéficiaires, quant à eux, sont soignés non seulement parce que les thérapeutes les prennent en charge, mais également du fait qu'ils s'occupent des animaux. S'occuper des animaux est donc doublement une activité de soin, à la fois en direction de l'animal et en direction du bénéficiaire. De cette indistinction et de cette imbrication résulte l'impression de ne plus savoir qui est objet de soin et qui en est l'acteur, le sujet de soin » (Michalon, 2014, p.321).

L'attachement aux chats, qui s'incarne dans une série de gestes et de pratiques précises – notamment caresser, jouer, nettoyer, porter, nourrir et protéger[370] – revêt aux yeux de ces professionnelles une plus-value pour le soin : s'occuper des chats, « leur ferait du bien ». L'attachement aux chats posséderait, en ce sens, une *qualité soignante* et serait partie prenante des soins proposés et apportés par l'institution. À travers leurs remarques, ces trois professionnelles considèrent cet attachement. Marielle Macé souligne que « prendre en considération ici ce n'est pas seulement regarder, même si ce n'est pas encore agir ; c'est *se mettre à l'écoute de l'idée qu'énonce tout état de réalité* (car toute chose dit son idée, non pas l'idée que l'on a d'elle mais l'idée qu'elle est, autrement dit *le possible qu'elle ouvre*) » (Macé, 2017, p.45, je souligne). En observant les patients s'occuper des chats, elles se mettent à l'écoute des situations et imaginent des possibles, de nouvelles manières de faire à partir de ce qui se fait déjà, de ce qui est déjà présent dans les interactions. Penser des « activités avec les chats » n'est pas une proposition ramenée de l'extérieur, c'est une idée qui émerge directement des situations vécues par les professionnelles. En ce sens, nous pourrions voir ces chats errants comme des « animaux contingents[371] » (Michalon, 2010) dont la présence constitue une ressource, une « prise » (Joseph, 2003) propre à un environnement, dont les acteurs peuvent se saisir pour réimaginer des pratiques. Les chats errants peuvent s'appréhender

[370] Je retrouve ces gestes, accomplis par des personnes sans abri, lors d'une réunion dans un accueil de jour à Lyon – la Péniche Accueil – à laquelle je participe le 22 février 2019. Remarquant la présence d'un chat gris qui circule entre la péniche et le quai, se faisant caresser par certaines personnes, j'interroge la cheffe de service sur la présence de ce chat. Elle m'explique que des personnes l'ont trouvé sur le quai alors qu'il n'était qu'un chaton et ont décidé de s'en occuper. À tour de rôle, personnes sans abri et professionnels nourrissent le chat, le lavent – car, comme elle me le précise il n'a pas appris à « se lécher pour se laver seul » – ou jouent avec lui. Les quelques moments que j'observe me rappelle la Villa d'Hestia, à l'exception notable qu'ici le chat peut circuler librement et est reconnu comme un membre de l'institution.

[371] Retraçant, à partir d'une enquête bibliographique, la « scientifisation » de l'I.A.T (Interactions avec l'Animal à but Thérapeutique) Jérôme Michalon distingue trois figures de l'animal qui correspondent à trois périodes : « l'animal contingent » (1962-1985), « l'animal contrôlable » (1985-2000) et « l'animal social » (2000-2007). À propos de la première période, le sociologue écrit qu'il s'agit d'« expériences marquées souvent par *le signe de la contingence*, de la surprise, la réaction inattendue d'un ou plusieurs patients à la présence fortuite d'un animal dans l'univers du soin. La réaction de ces patients, souvent mutiques, désintéressés, régressés, présentait en elle-même une forte valeur thérapeutique : l'animal les intéressait et permettait aux thérapeutes d'engager, enfin, un travail avec ces patients "inaccessibles" » (Michalon, 2010, p.82). Cette description a un écho direct avec ce qui se passe à la Villa d'Hestia avec les chats errants. C'est aussi l'occasion qui crée l'attachement, ce dernier possédant d'ailleurs un « caractère contingent » (Hennion, 2010).

comme une « invite » (Gibson, 2014 [1979]), une invitation à imaginer de nouvelles pratiques. On comprend ainsi comment des « fin-en-vue » peuvent émerger, de manière située, en même temps que les moyens qui permettent de les atteindre (Dewey, 2011). Cette perspective, qui souligne la réflexivité des acteurs en situation, se retrouve chez Hans Joas dans sa réflexion sur la « créativité de l'agir » : « En trouvant certains moyens à notre disposition, nous découvrons des fins dont nous n'avions même pas conscience auparavant. Les moyens ne spécifient donc pas seulement les fins, ils élargissent aussi le champ des fins assignables » (Joas, 1999 [1992], p.165). À l'instar de plusieurs situations décrites dans cette thèse, en particulier les consultations médicales en présence des tiers-infirmiers analysées dans le chapitre 2, la considération des *singularités* des patients élargit l'horizon des possibles pour agir sur les soins. De nouvelles pistes se présentent qui vont être plus ou moins investies par les professionnels.

Dans le cas des chats errants de la Villa d'Hestia, le moment de réflexion qui ne débouche pas encore sur une expérimentation concrète et le pas supplémentaire pour concevoir et mettre en place effectivement des activités intégrant les chats n'est pas réalisé. Preuve en est : plus d'un an après la fin du travail de terrain, début octobre 2017, je retourne dans l'institution saluer des membres de l'équipe. J'en profite pour faire un tour des lieux – qui ont beaucoup changé en plus d'un an – et revoir plusieurs professionnels – même si une majorité de l'équipe présente lorsque je faisais mon enquête de terrain est partie. Catherine, une des deux secrétaires, est toujours là. Nous passons un moment à discuter. Depuis son bureau, où nous nous trouvons, je remarque dans le coin fumeur un homme en train de caresser un chat.

> GABRIEL : Tiens, les patients jouent toujours avec les chats ?!
>
> CATHERINE : Oui toujours. Et la direction leur interdit toujours de s'en occuper pff… On ne fait toujours rien. On pourrait faire quelque chose, les patients ils aiment bien passer du temps avec eux.

Les propos de Catherine, similaires à ceux qu'elle me tenait lors de mon enquête, rendent compte de cette *tendance* à la reconnaissance : la qualité soignante de l'attachement entre les patients et les chats est toujours pressentie mais elle ne conduit pas à la mise en place d'une activité concrète définie au nom du soin. La réflexion en reste à l'état d'une idée, partagées au moins par trois professionnelles, qui ne donne pas lieu à un projet ou à une expérimentation. Comme je l'avais évoqué dans le chapitre 3, en revenant sur la naissance du Point Hygiène au sein du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, de multiples idées pour repenser ou réimaginer

l'activité émergent en situation mais ne connaissent pas le même destin ; certaines en reste au stade d'idées quand d'autres se formalisent en dispositifs après avoir été plus ou moins reformulées et réélaborées. Comme l'écrit George Herbert Mead, « nos idées sur la conduite future sont nos tendances à agir (*tendencies to act*) de plusieurs façons différentes dans une situation donnée par le milieu […]. Les idées, en tant que distinctes des actes, ou comme n'aboutissant pas à un comportement réel, sont simplement ce que nous ne faisons pas ; ce sont des possibilités de réactions réelles, dont nous faisons l'épreuve implicitement dans le système nerveux central, et que nous rejetons ensuite en faveur de celles que nous exécutons effectivement » (Mead, dans Lemieux, 2009, p.207).

b/ Fermer les yeux sur les transgressions au règlement

Cyril Lemieux, à qui je reprends la citation précédente de George Herbert Mead, rappelle que les « tendances à agir » désigne chez le philosophe pragmatiste « nos idées sur le monde en tant que celles-ci correspondent à des capacités d'action » et propose de les nommer des « tendances *corporelles* à agir » pour prévenir une « interprétation intellectualiste de cette proposition [qui] serait erronée » (Lemieux, 2009, p.207). Les idées, en tant que tendances à agir, ne sont jamais que des idées mentales. Elles se traduisent physiquement, dans des gestes mais aussi dans une absence de geste qui peut être, paradoxalement, une forme d'action particulièrement réflexive. Si on rapporte l'inaction au cadre réglementaire, ne pas agir signifie ne pas appliquer le règlement, notamment dans les situations où celui-ci est transgressé. L'absence de rappel à la règle devient alors une action révélatrice de la considération de la qualité soignante de l'attachement. C'est en tout cas ce que donne à voir la non-application du règlement concernant la relation entre les patients et les chats. La présence de chats errants dans le parc de la Villa d'Hestia n'est pas pensée dans le cadre institutionnel du soin et constitue même un problème pour la direction de l'établissement, comme en témoigne ce compte rendu de réunion affiché dans le réfectoire :

> « THEME : PROLIFERATION DES CHATS DANS LE PARC.
> À plusieurs reprises la mairie de Villeurbanne est intervenue à la demande de la direction pour recueillir les chats de plus en plus nombreux sur le site. Afin de ne pas encourager les chats à rester dans les environs, il est demandé à l'ensemble des résidents de ne pas les nourrir. **Toute nourriture déposée à leur intention sera ramassée et jetée par le personnel.**[372] »

[372] Je conserve le style (titre en majuscule, phrase en gras) du document original.

Cette interdiction de nourrir les chats fait l'objet de quelques critiques verbales de la part des patients. Par exemple, Daniel, autorisé à venir aux Lits Halte Soins Santé avec son chien et dont le frère est hébergé aux Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) de la Villa d'Hestia, me raconte que lors d'une réunion aux ACT la directrice a demandé aux hébergés d'arrêter de donner à manger aux chats :

> DANIEL : Il y a des trucs c'est inadmissible. Pas nourrir les chats, ça veut dire quoi ça ?! « Il y a trop de chats », ils sont onze, ils ne sont pas nombreux, merde ! Ils retournent la terre, ils chient dedans, l'herbe elle repousse plus belle. Là, la directrice, elle a parlé jeudi à une réunion des ACT – il y avait les ACT qui habitent là et les ACT de l'extérieur[373] – elle a reparlé de ne pas nourrir les chats mais que bientôt les personnes sur les ACT pourront avoir des chiens [*il rigole*].

Au-delà des mots, la critique passe d'abord par des actes et des gestes. Les patients font fi de cette interdiction et, au cours du temps, un rituel s'est noué : à la fin de chaque repas, certains d'entre eux viennent apporter des restes de nourriture aux chats. Ces derniers, habitués à cette attention, se présentent toujours à la même heure (12h30 pour le repas de midi et 19h30 pour le dîner), dans le coin fumeur, devant la porte qui permet de rejoindre le parc depuis le réfectoire[374]. Certains patients viennent alors leur donner ce qu'ils n'ont volontairement pas mangé[375]. Cette pratique se déroule quotidiennement aux yeux de tous et, notamment, des professionnels qui préfèrent rester en retrait et ne pas appliquer, au pied de la lettre, le règlement. Ainsi, je n'ai jamais observé ni même eu écho de professionnels qui auraient ramassé et jeté de la nourriture. La considération de l'attachement entre les chats et les patients les conduits à fermer les yeux quand ces derniers transgressent le règlement. C'est aussi ce que donne à voir, plus finement, une interaction entre Hugo, un infirmier, Daniel et Éric (deux patients) et moi. Pour comprendre ce qui s'y joue, il faut au préalable revenir à la veille de cette interaction, le 23 septembre 2015. Alors que je suis dans le jardin de la Villa

[373] Rappelons qu'une partie des ACT correspond à des chambres individuelles avec une cuisine collective au deuxième étage de la Villa d'Hestia. Une autre partie correspond à des appartements en diffus dans l'agglomération lyonnaise.

[374] Le 18 mai 2018, Marine Maurin et moi intervenons lors d'une conférence intitulée « Le chien auprès des personnes Sans Domicile Fixe - D'un frein à un vecteur de réinsertion », organisée par le Dispensaire Vétérinaire Étudiant de Lyon. Ce dispensaire s'occupe de fournir des soins gratuits aux animaux des personnes sans abri. Notre intervention porte plus largement sur l'attachement aux animaux et je m'appuie sur quelques photos des patients de la Villa d'Hestia. Une de ces photos a été prise justement à 12h30, dans le coin fumeur, au moment où les patients sortent de table. On remarque sur celle-ci cinq chats sur un espace réduit, proches les uns des autres. À la suite de notre intervention, Catherine Escriou, vétérinaire et maître de conférences en neurologie et médecine du comportement au Département Animaux de compagnie de VetAgro Sup, à Lyon, réagit à cette photo en indiquant que les chats sont des animaux « territoriaux » qui « cohabitent s'ils se sentent bien ». Leur forte proximité qui apparaît sur cette photo serait le signe, selon elle, de chats qui sont « apaisés ».

[375] Toutes ces manières de s'occuper rappellent les « dames aux chats » du cimetière du Père-Lachaise (Pétonnet, 1982).

d'Hestia, je vois Éric à la porte-fenêtre de sa chambre, en train de fumer. Il est en compagnie d'Alexandre. Éric m'interpelle d'un signe de la main. Je vais le voir et il me montre un carton qu'il a récupéré auprès de Laetitia, une infirmière remplaçante, et qui était destiné à être jeté à la poubelle. Il s'agit du couvercle d'une ramette de papier avec des bords relevés. Il m'explique qu'il compte en faire une litière pour que l'un des chats – Minette, comme il l'appelle maintenant, un chat noir qui a ses faveurs, qui n'hésite pas à venir se blottir contre lui et à s'asseoir sur ces cuisses – puisse rester dans sa chambre et y « pisser ». Il demande à Alexandre s'il peut aller lui remplir le carton de graviers. Il accepte, sans dire un mot, et se dirige vers le terrain de pétanque présent dans le parc intérieur de l'établissement. Le matin du 24 septembre j'aperçois de loin Éric dans le jardin. Toujours assis sur son fauteuil roulant, il est courbé en avant. À ses pieds il a la litière de Minette. Je lui demande ce qu'il fait. Il m'explique qu'il a vidé le carton pour « nettoyer », qu'il essaye de le re-remplir de graviers mais qu'il a du mal à se pencher. Je lui propose de lui donner un coup de main, ce qu'il accepte. Tout en ramassant du gravier, je fais le constat à haute-voix que le chat est donc venu dormir dans sa chambre cette nuit. « Oui, il y est encore là », me répond-il avec fierté. Effectivement quand j'entre dans sa chambre pour déposer la litière dans la salle de bain, comme il me le demande, je vois le chat sous le lit qui déguerpit à cause de ma présence. Tout ce travail d'Éric pour aménager une place au chat dans sa chambre témoigne de son attachement, de l'importance qu'il accorde à cette présence. Au cours de mon enquête, j'ai vu Éric, qui m'a souvent répété qu'il s'ennuyait à la Villa d'Hestia, s'investir de plus en plus auprès des chats, passer du temps avec eux, s'en occuper. C'est dans le « volume d'énergie […] dépensé et pendant combien de temps », dans la répétition et l'intensité de ces gestes relevant du prendre soin que l'attachement, la valeur de ce à quoi il tient transparaît (Dewey, 2011, p.90). Une forme d'appropriation mutuelle s'est créée entre lui et un chat : il lui a donné un nom, lui a fait une place dans sa chambre ; alors que dans le même temps ce chat a « adopté » Éric, comme l'a un jour fait remarquer avec justesse un patient en constatant que seul Éric arrivait à approcher, toucher et caresser l'animal fuyant. Cet attachement, équivalent à celui qui peut exister avec un « animal de compagnie », participe ici au sentiment de chez soi[376].

[376] C'est d'ailleurs pour favoriser ce sentiment d'être chez soi que certaines institutions de longue durée accueillent des chats qui circulent librement dans l'établissement, comme le note Jérôme Michalon à propos de l'EHPAD d'Aigueperse : « La politique de l'établissement est de gommer les différences entre la vie pré et post institution du résident, et que *celui-ci s'y sente comme chez lui*. À ce titre, la présence animale est intégrée à la vie de l'établissement : si l'animal faisait partie de la vie du résident avant son entrée dans l'établissement, on

Plus tard dans la matinée, je me retrouve dans le coin fumeur avec Hugo, un infirmier, Éric et Daniel. Du fait de la présence de chats à quelques mètres de nous, la discussion s'engage sur ce sujet :

ÉRIC [*s'adressant au chien de Daniel*] : Toi tu cours après les chats hein ?

DANIEL [*avec ironie*] : Il ne peut pas, la chasse est interdite malheureusement !

HUGO : Ça pourrait le nourrir gratos s'il se faisait les chats d'ici.

DANIEL : Ouais mais il ne se les fera pas…

HUGO [*en plaisantant*] : Dommage, ça nous aiderait bien si vous pouviez le laisser…

DANIEL : Ah non non non. Moi je suis trop animaux, ça va pas.

HUGO : Mais ils se reproduisent par douze, il y en a douze nouveaux tous les jours, ça ne se verra même pas. Il y a douze chats...

DANIEL : Il y en a onze plus le bébé, donc ça fait douze. Ils ne gênent personne !

ÉRIC [*en regardant Hugo*] : Tu vas dire que je dis n'importe quoi mais il y a un chat qui dort chez moi.

HUGO : Ah ouais ?

ÉRIC : Ouais. J'ai fait une litière, j'ai nettoyé ce matin pas vrai ? [*En me demandant de confirmer, ce que je fais d'un signe de la tête*].

[*Silence d'une dizaine de secondes*]

ÉRIC : Bon, c'est quand que je sors alors ?

C'est dans le silence final que s'incarne la considération d'Hugo pour l'attachement d'Éric aux chats. Il sait, parfaitement, qu'il n'a pas le droit de faire rentrer un chat dans sa chambre et encore moins de le laisser y dormir. Pourtant, il ne rappelle pas cette règle, il ferme les yeux. Quand Éric change de sujet de conversation – « C'est quand que je sors alors ? » –, Hugo ne revient pas sur la thématique des chats. Cet exemple renvoie à une distinction classique chez les ergonomes et les sociologues du travail, entre « travail réel et travail prescrit » (Borzeix & Linhart, 1988, p.46). Dans le cas de l'interdiction de s'occuper des chats, si le travail réel des professionnels soignants se distingue du travail prescrit c'est parce qu'ils prennent en

considère qu'il doit avoir la possibilité de profiter d'une présence animale dans les murs (Michalon, 2014, p.220, je souligne).

considération les attachements des patients, ils jugent qu'ils peuvent avoir un intérêt ou, au minimum, qu'ils ne sont pas nocifs pour la relation de soin et donc tolèrent que les personnes maintiennent ces attachements dans l'institution malgré l'interdit officiel. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'au cours de cette dernière semaine précédant l'exclusion d'Éric, qui aura lieu le 30 septembre, à aucun moment les professionnels n'évoqueront et ne problématiseront son attachement aux chats, au contraire de son attachement à l'alcool, comme on le verra dans la section 3 de ce chapitre.

c/ Prévenir un attachement trop fort

Si l'attachement des personnes sans abri aux chats errants fait principalement l'objet d'une considération de la part des professionnels de la Villa d'Hestia, comme nous l'avons vu précédemment, il est néanmoins possible, à partir d'une situation, d'envisager une autre forme de jugement à propos de ces attachements : la coupure. Ici, les professionnels cherchent à détacher la personne de certains de ses attachements ou à éviter la création de nouveaux attachements. C'est ce dernier point que nous permet de penser une situation qui s'est déroulée le 18 septembre 2015. Cet après-midi-là, l'attention de plusieurs patients est focalisée sur un chaton, comme je l'ai précédemment décrit. Certains d'entre eux affirment explicitement qu'ils ne veulent pas le voir partir de l'institution ; Éric va même plus loin puisqu'il souhaite « adopter » et « garder » le chaton. Pour cela, il décide d'aller demander à l'infirmière présente – la cadre de santé n'est pas présente cet après-midi-là – s'il est possible de le garder. Je l'accompagne à la salle de soins où Laetitia, l'infirmière, est présente. Il est important de préciser qu'elle n'est pas titulaire, c'est une intérimaire qui fait régulièrement des remplacements aux Lits Halte Soins Santé. Éric va la voir en salle de soins et lui demande s'il peut lui parler. Elle est disponible. La conversation s'engage, la porte de la salle de soins entrouverte. Éric explique qu'il souhaite s'occuper du chat, « lui donner la vie » et le « garder si on peut le garder ». L'infirmière commence par lui répondre que c'est compliqué d'avoir un animal dans ce « genre d'établissement » et prend l'exemple de Daniel qui a dû faire vacciner son chien car il y a des « normes obligatoires ». Elle rajoute que tout ça représente « un coût » financier. Éric lui répond qu'il sait tout ça car il a eu « des chiens » et n'a « jamais eu de problème ». À plusieurs reprises au cours de cet échange il mentionne ses expériences passées avec les animaux ; le chaton *ici et maintenant* renvoie à un *ailleurs*, à un temps avant et hors de l'institution, avant la vie à la rue même puisque Éric évoque le chien qu'il avait lorsqu'il

vivait en « caravane ». Par ses expériences passées, il sait ce que c'est d'avoir des animaux, ce que ça engage de s'en occuper. Laetitia avance alors un premier argument pour justifier son impossibilité de l'autoriser à garder l'animal :

> LAETITIA : Moi ce qui me pose problème, en plus en étant ici de manière très discontinue, je ne sais pas non plus ce qu'il en est de la capacité d'accueil d'un animal. Les chats à un moment il ne fallait plus les nourrir. Moi je pense que peut-être avant d'aller déjà faire des courses pour lui, tout ça, peut-être faudrait attendre d'avoir l'avis de la responsable ou de quelqu'un qui est là plus souvent que moi.

La cohérence de l'équipe est en jeu. Dans un contexte où l'institution regroupe une vingtaine de professionnels permanents, appartenant à des corps de métier différents[377], auxquels s'ajoutent des intérimaires effectuant des remplacements sur des durées plus ou moins longues et des stagiaires, un des enjeux pour les professionnels consiste à assurer un minimum d'harmonie dans les pratiques malgré les rotations d'équipe. C'est pourquoi Laetitia affirme qu'elle ne peut pas prendre une décision qui pourrait sûrement être remise en cause dans quelques jours, au regard du règlement – elle évoque à ce titre l'interdiction de nourrir les chats. Les professionnels sont pris dans une « étroite relation d'interdépendance mutuelle » qui les oblige à tenir une certaine ligne de conduite au nom de « l'équipe » (Goffman, 1973 [1956], p.83). S'il veut une réponse, il devra s'adresser à la cadre de santé voire à la direction. Mais cet argument ne clôt pas la discussion et Éric continue de négocier âprement. Il insiste sur le fait qu'il « aime les animaux », qu'il s'en « occupera bien » et qu'il ne « dérangera pas ». Laetitia affirme qu'elle ne doute pas de sa capacité à s'en occuper et avance un deuxième argument qui sera répété à plusieurs reprises au cours des dix minutes d'échanges :

> LAETITIA : Moi personnellement ça m'embête parce que ces petites boules de poils on s'y attache très rapidement et si pendant deux trois jours vous vous en occupez comme vous avez envie de vous en occuper et qu'après on vous dit qu'il ne faut pas le garder… Ça peut être aussi difficile pour vous de vous en séparer.

Reconnaissant la force potentielle de l'attachement, l'infirmière anticipe le risque et le coût, émotionnel notamment, du détachement qui pourrait être demandé au patient. Elle préfère prendre les devants et éviter la création d'un affinité qu'il serait difficile de rompre plus tard. On se souvient que monsieur Taous, le patient qui s'est occupé du chaton durant le weekend, était « triste. Je m'étais attaché, c'est une bonne compagnie ». L'argument de l'infirmière ne peut évidemment pas être réduit à un simple stratagème mobilisé dans l'argumentation pour

[377] Pour rappel : aide-soignant, ASH, assistante sociale, cadre de santé, éducateur spécialisé, infirmier, médecin, secrétaire, veilleur de nuit.

qu'Éric revoit sa position. Il est le signe d'une préoccupation et d'un souci vis-à-vis d'un attachement *a priori* bénéfique pour le patient qui pourrait s'avérer néfaste avec le temps. Il est donc nécessaire de le *couper* et de l'empêcher.

Il est possible ici de faire un parallèle entre ce jugement de la coupure et le « problème », évoqué selon certains professionnels, de la *shelterization*. Déjà évoqué dans la chapitre 3, ce concept désigne le fait que « l'individu qui reste longtemps dans le circuit de l'urgence tend à y ancrer ses habitudes de vie quotidienne » (Gardella & Grimard, 2016, p.64). Pour éviter la *shelterization*, il ne faudrait pas que l'individu s'ancre trop, prenne trop d'habitudes, s'attache trop à l'institution et à son environnement sous peine d'avoir des difficultés à les quitter. Dans le contexte des Lits Halte Soins Santé pensés comme un *lieu de transit* il faudrait pour les professionnels limiter certains attachements qui perturberaient voire remettraient en cause cette dimension transitoire. On comprend alors que si les attachements, notamment aux chats dans le cadre de la Villa d'Hestia, participent de l'*habiter* (Breviglieri, 2006 ; Breviglieri, 2013 ; Pichon (dir.) & *al.*, 2010 ; Gardella, 2009), ceux-ci restent soumis aux regards des professionnels qui les favorisent ou les limitent et qui ont ainsi des effets sur les façons d'habiter les lieux. Comme on l'a vu, quand bien même il ne pourra pas garder ce chaton, Éric s'occupera longuement d'un chat qu'il nommera Minette, en signe d'appropriation, et pour qui il construira une litière. Le désaccord sur le cadrage de l'attachement aux chats, entre la professionnelle et le patient, ne se traduit pas par un conflit verbal explicite mais par des pratiques *a priori* interdites qui sont malgré tout accomplies : Éric nourrit les chats et s'organise pour en faire dormir un dans sa chambre. Si par ses gestes Éric assume une part de provocation vis-à-vis des professionnels qui à cette période lui interdisent de sortir de l'institution, il revendique d'abord l'importance de cet attachement à ces yeux. Attachement qui lui permet de tenir, de supporter l'interdiction de sortie qui lui est assignée[378], comme on le verra plus loin.

[378] Éric nourrissait déjà les chats avant d'être interdit de sortir de l'institution au mois de septembre 2015. Cependant, sa relation avec Minette émerge à cette période comme l'une des réponses qu'il trouve dans l'environnement pour supporter au quotidien son interdiction de sortie.

2/ Accueillir ou faire naître le binôme maître-animal

Christophe Blanchard, dans le cadre de sa thèse (Blanchard, 2013), a été l'un des premiers chercheurs à enquêter spécifiquement sur la relation des personnes sans abri à leurs chiens. Il a pensé le « binôme » maître-animal à la rue et a souligné l'importance et la force de cet attachement dans la vie quotidienne. On en prend toute la mesure dans les situations où les propriétaires de chiens doivent faire un choix entre garder leur animal dans la rue ou s'en séparer pour obtenir une place dans une institution d'hébergement ; généralement, rester avec l'animal prime. Cette volonté tenace de ne pas se séparer, quand bien même le contexte institutionnel est peu propice aux personnes sans abri accompagnées d'animaux, se donne à voir, à la Villa d'Hestia, dans le binôme Daniel-Samo. Reconnaissant l'attachement entre les deux êtres, les professionnels acceptent d'accueillir le binôme pour favoriser l'accès aux soins de Daniel (a). Ce cas nous amènera à quitter temporairement la Villa d'Hestia. D'abord, nous remonterons le temps : la prise en charge des sans-abri et de leurs animaux constitue depuis longtemps un problème dans les structures de l'urgence sociale. Je m'arrêterai sur le premier semestre 1997, où l'accueil de ce public particulier fait l'objet de discussions et d'échanges au sein du Secrétariat d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence. Je propose de revenir sur les réflexions qui s'y déploient et qui soulèvent, explicitement, la question de l'« humanisation » des centres d'hébergement (b). Enfin, pour terminer, je montrerai comment la présence d'un autre animal à poil – un lapin- au sein d'un centre d'hébergement lyonnaise contribue à faire naître un binôme maitre-animal qui ne préexistait pas à l'entrée dans l'institution (c). Ce dernier cas permettra d'engager une comparaison avec ce qui se passe à la Villa d'Hestia.

a/ Intervenir sur le binôme maître-animal pour favoriser l'accès aux soins

La majorité des institutions de l'urgence sociale interdisent les animaux au motif d'un manque d'hygiène des animaux ou au nom de problèmes supposés dans la cohabitation[379] (Blanchard,

[379] Signalons quelques exceptions. À Lyon un centre d'hébergement, la Maison de Rodolphe, géré par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, accueille des familles et des « personnes isolées » avec leurs chiens. Alain Mérieux, industriel pharmaceutique lyonnais, à l'origine du projet – l'établissement porte d'ailleurs le nom de l'un de ses fils décédés – déclare : « Les gens avec chien sont rarement acceptés dans les foyers. Moi, sans mon chien, je ne peux pas vivre. Le chien est souvent le dernier compagnon ; on n'a pas le droit de séparer les gens de leur animal de compagnie ». La structure est créée avec un chenil et un espace vétérinaire. (Citation d'Alain Mérieux reproduite de l'article « Inauguration de la Maison de Rodolphe », *Lyon People*, 28/02/2011 : http://www.lyonpeople.com/derniere-minute/inauguration-de-la-maison-de-rodolphe-2011-02-28.htm/ consulté le 05 juin 2019). D'autres institutions dites à « bas seuil d'exigence » ou à « haut seuil de tolérance », peuvent également accepter les personnes sans abri accompagnées d'animaux. C'est par exemple le cas du centre

2016). Dans ce contexte, les personnes sans abri se retrouvent souvent confrontées à un dilemme : rester dans la rue avec leur animal ou s'en séparer pour accéder à une place d'hébergement. Nombreux sont les exemples, dans la littérature sur le sans-abrisme, de personnes qui ont refusé une place d'hébergement pour rester avec leur chien (Blanchard, 2013 et 2016 ; Pichon (dir.), 2010, p.63 ; Maurin, 2017, p.140). Daniel, accueilli à la Villa d'Hestia avec son chien Samo, évoque lui aussi cette impossibilité de se séparer de son compagnon :

> DANIEL : Moi je serais bien rentré aux ACT [*Appartements de Coordination Thérapeutique*] mais ils n'acceptent pas les chiens. On me trouvera un logement facilement mais sans chien. Mais moi je ne laisse pas mon chien ! Moi je reste avec mon chien ! On dort dans la rue tous les deux, on est bien. Quand tu débarques de la rue, ils n'aiment pas bien te voir avec un chien. Moi mon chien c'est tout, c'est mon pote, hein gros sac, t'es mon copain toi [*en caressant vigoureusement Samo*] ? Ouais t'es mon pote ! Heureusement que je t'ai toi ! Ça serait la misère sans lui.

Comme pour de nombreuses personnes sans abri, le chien est à la fois un « réconfort affectif », un « protecteur » et un « médiateur » pour nouer des relations avec autrui (Blanchard, 2016). Il peut par exemple être une aide pour faire la manche. Plus encore, Samo est anthropisé et considéré comme un « vivant-personne » (Michalon, 2014, p.29) par Daniel. Quand il parle de lui ou s'adresse à lui, on comprend qu'il interagit avec un être singulier, doté d'un caractère et d'une personnalité spécifique, qui s'exprime et qu'il faut savoir entendre, avec une histoire biographique qui lui est propre ou, plutôt, qui *leur* est propre :

> DANIEL : Avec la coke, j'ai failli mourir cinq six fois. Je le connais, je l'ai vu Dieu. Plusieurs fois. Et il n'existe pas… Il ne m'a pas dit bonjour, il m'a laissé tomber dans mon merdier. Pas vrai gros [*s'adressant à Samo*] ? Avec toi je n'ai pas toujours été cool, je t'ai fait des angoisses. Lui aussi il a vu des trucs qu'il n'aurait jamais dû voir. Il faisait la gueule quand je faisais des conneries. Il me regardait de travers, il se mettait en face de moi, il me regardait en me disant : « Tu fais quoi ? Tu fais quoi ? » Pas vrai gros sac ? T'es un pépère toi, t'es un pépère […]. Profite-bien de la semaine [*avant le départ de la Villa d'Hestia*] Samo, engraisse-toi, mange-bien, profite-bien !

Cette histoire commune, faite de bons et de mauvais moments partagés ensemble, rapproche les deux êtres. Le chien « assure une continuité dans l'enchaînement des discontinuités » (Pichon (dir.) & *al*., 2010, p.156) au point qu'il est un attachement constitutif de ce qui « fait être » la personne (Latour, 2000, p.192 ; Hennion, 2010). Daniel et Samo sont inséparables

---

d'hébergement de Carteret, déjà mentionné dans cette thèse, géré par l'association Alynea, qui accueille les personnes avec leurs chiens et tolèrent également toutes les consommations de drogues (même si elles sont illégales).

l'un de l'autre et les professionnels du Samu Social 69 et de la Villa d'Hestia l'ont bien compris. Ainsi, à l'été 2015, lorsque les travailleurs sociaux du Samu Social 69 qui suivent Daniel sollicitent la Villa d'Hestia pour une admission, ils indiquent qu'il est nécessaire d'accueillir le binôme homme-animal sans quoi Daniel refusera d'entrer aux Lits Halte Soins Santé. L'impossibilité de garder son chien est un motif de « non-recours » aux institutions d'hébergement (Levy, 2015). *A priori*, la Villa d'Hestia n'accueille pas les animaux, comme la majorité des Lits Halte Soins Santé[380]. Cependant, faute de demande, cette règle n'est pas mise à l'épreuve. La sollicitation des travailleurs sociaux entraîne une discussion. Plutôt que définir la relation homme-animal comme un obstacle à l'entrée dans l'institution, les professionnels de la Villa d'Hestia renversent la perspective et l'envisagent comme une ressource. Comme l'écrivait déjà en 1996 le président de l'association parisienne « Loup y es-tu ? », l'une des premières à accueillir les sans-abri avec leurs animaux, « le lien homme-animal recèle des potentialités[381] ». En effet, prendre en compte ce lien ouvre des possibles : elle peut favoriser l'entrée dans une institution dans laquelle une personne ne serait jamais allée sans son animal-compagnon. La cadre de santé accepte donc l'admission du binôme et obtient l'accord de la direction pour que le chien soit accueilli. Certaines conditions doivent être remplies, notamment une mise à jour des vaccins de l'animal. Une fois entré, des arrangements sont mis en place : le binôme a droit à une chambre individuelle pour éviter les troubles de voisinage, le chien n'a pas accès au réfectoire ou à la salle de soins et doit être tenu en laisse par Daniel dans les espaces partagés. Ce n'est pas toujours le cas mais l'animal ne s'éloigne jamais de son maître. L'accueil de Samo dans l'institution se passe bien et le chien ne pose pas de problème. Il faut dire que l'animal est très sociable, il se laisse approcher et caresser par des inconnus ; une caractéristique qu'il partage semble-t-il avec de nombreux chiens appartenant à des personnes sans abri (Blanchard, 2009). En effet, comme le dit Catherine Escriou, lors de la conférence précédemment citée, le « chien est un animal social ». En passant du temps voire en vivant dans l'espace public avec son maître, il est amené à côtoyer d'autres chiens et d'autres humains qui, d'une part, satisfont son besoin de contact et d'interaction et, d'autre part, l'habituent à ces rencontres avec des inconnus et des

[380] Selon le rapport d'évaluation de 2013, 38% des Lits Halte Soins Santé accueillent les animaux (Picon & *al.*, 2013, p.48).

[381] Lettre datée du 25 octobre 1996, de Jacques Pignier, président de l'association, à Dominique Versini, directrice du Samusocial de Paris. Cette lettre et le rapport d'activité de l'association étaient présents dans les archives du Secrétariat d'État de l'Action Humanitaire d'Urgence (Archives Nationales 20030337/9). L'association, créée en 1995 à Paris, est dédiée à l'hébergement des personnes sans abri accompagnées d'animaux. En 1997, elle se complète d'un accueil de jour toujours dédié au même public.

passants. Au même titre que les chats errants, il occupe de nombreuses conversations entre les patients – au point de constituer une « ressource sûre » (Goffman, 2016, p.130) – et est un être d'attention – au double sens où il porte de l'attention aux autres et où les autres lui portent une attention. Le chien et les chats errants sont des animaux habitants qui sont engagés dans les relations de soins qui se tissent entre les voisins.

Le passage de Samo marque ainsi un tournant à la Villa d'Hestia : il est possible d'entrer aux Lits Haltes Soins Santé accompagné de son chien. Ce changement se traduit matériellement dans l'institution. Pour accueillir Samo, un « chenil » – un espace clôt grillagé – a été installé contre un mur du jardin de l'institution pour que le chien puisse y rester lorsque son maître avait des rendez-vous. Au départ de Daniel et Samo, le « chenil » reste en place, dans l'attente de futurs binômes maître-chien. Cette situation permet ainsi d'appréhender des formes d'accueil dans les marges, dans les bords d'institutions où les animaux ne sont *a priori* pas acceptés. Des arrangements peuvent se négocier et des règlements être contournés. Là où l'animal est habituellement perçu comme un frein ou une contrainte, il est ici reconnu comme un moyen ou un facilitateur pour que Daniel accède aux soins[382]. En agissant ainsi, les professionnels reconnaissent une double qualité soignante de l'attachement au chien : d'une part, dans le bien-être qu'il apporte directement à son compagnon ; d'autre part, parce qu'il rend possible, pour le patient, l'accès aux soins proposés par l'institution. Pour réemployer la « voix moyenne » que recherche Bruno Latour dans sa réflexion sur les « attachements » et l'usage du « faire faire » (Latour, 2000), l'accueil du chien *fait accéder* le patient à l'institution et aux soins. Considérer cette *singularité* c'est pour les professionnels se donner une prise et élargir les *capacités à agir sur les soins* du patient.

[382] Dans la même logique de soins, on peut citer l'association « Gamelles Pleines », qui s'occupent des animaux des sans-abri et de l'accueil du binôme maitre-animal et qui proposent notamment un service pour « favoriser l'hospitalisation des maîtres isolés » : « Permettre aux maîtres isolés de se soigner et de confier leur animal sereinement est primordial quand on veut aider efficacement les gens. C'est pourquoi "Gamelles Pleines" a mis en place un service d'accueil en famille pour les animaux. Ce service peut être soit planifié lorsque les soins sont anticipés ou soit réalisé dans l'immédiat selon les situations d'urgence et les disponibilités des bénévoles. Ce service dépend particulièrement d'un rapport de confiance très fort entre les personnes aidées et les bénévoles de l'association » (https://www.gamellespleines.fr/nos-missions/, consulté le 8 mars 2020). Veiller sur les chiens durant l'hospitalisation de leurs maîtres fait écho à la situation présentée dans le chapitre 2 où, pour favoriser l'hospitalisation d'un patient, les professionnels veillent sur sa voiture qui constitue son lieu de vie qu'il habite et auquel il est attaché.

b/ Réfléchir aux conditions d'accueil du binôme maître animal, réfléchir aux conditions d'accueil en général (1997)

Le 23 avril 1997, Xavier Emmanuelli, alors Secrétaire d'État auprès du Premier Ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence, commande auprès de Jean-Pierre Roger, fondateur et directeur d'un accueil de jour, un rapport sur la prise en charge des sans-abri accompagnés d'animaux. Le fondateur du Samusocial de Paris écrit, dans sa lettre de mission :

> « La présence d'animaux de compagnie aux côtés des personnes sans abri est un phénomène qui a pris ces dernières années une importance grandissante et auquel les dispositifs d'accueil et d'hébergement se révèlent souvent incapables d'apporter des réponses satisfaisantes […]. Ces propositions auront comme but principal d'éviter que la possession d'un animal de compagnie ne constitue un facteur pénalisant pour les personnes souhaitant être accueillies dans des structures d'hébergement. »

Le rapport Roger formule des propositions mais « force est de constater que peu furent suivies d'effets. Rien d'envergure en tout cas qui aurait permis une prise en charge systématique » (Blanchard, 2014). Il faut préciser que le rapport est rendu au mois de mai 1997, quelques jours avant la fin du Secrétariat d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence, le 2 juin 1997. Au-delà de ce rapport, que je n'ai pas réussi à consulter, les archives du Secrétariat d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence[383] permettent d'appréhender une partie des réflexions qui ont lieu, lors du premier semestre 1997, quant à la prise en charge des personnes sans abri accompagnées de leurs animaux. On trouve notamment trois notes de Pierre Gauthier, le Directeur de l'Action Sociale[384], sollicité par le Secrétariat d'État pour apporter des éléments sur cette problématique. Si elles n'entraînent pas de changements majeurs au sein de l'urgence sociale – les constats de Xavier Emmanuelli, dans la lettre de mission susmentionnée, étant toujours d'actualité – il est néanmoins important de s'y arrêter. En effet, elles donnent à voir comment la préoccupation de l'accueil du binôme maitre-animal est indissociablement liées à une réflexion plus générale sur les conditions d'accueil et la politique d'« humanisation » des centres d'hébergement.

[383] Les archives du Secrétariat d'État à l'Action humanitaire d'urgence ne sont pas encore librement communicables. Ayant entamé avec Mauricio Aranda une réflexion commune sur certains aspects de l'action du Secrétariat, celui-ci a partagé avec moi quelques-uns des documents auxquels il a pu accéder via une dérogation. Je l'en remercie vivement.

[384] Il en est le directeur de 1994 à 2000. La Direction de l'Action Sociale est un service du ministère chargé des Affaires sociales. Elle exerce sa tutelle sur l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social relevant de la loi du 30 juin 1975. La DAS est devenue, depuis un décret n° 2000-685, du 21 juillet 2000, la Direction générale de l'action sociale.

Au sein des archives que j'ai pu consulter, la réflexion sur la prise en charge des personnes sans abri accompagnées d'animaux débute, au Secrétariat d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence, par deux interpellations formulées à quelques semaines d'intervalle. La première est une lettre de Reha Hutin, présidente de la Fondation 30 Millions d'Amis, à Xavier Emmanuelli qui est reçue le 13 décembre 1996 :

> « Cet hiver encore se pose le problème des sans domicile fixe qui, accompagnés de leur chien ont les plus grandes difficultés à trouver refuge dans les centres d'accueil existants. L'an dernier, vous nous avez fait savoir que vous meniez, avec les services concernés, une réflexion sur ce thème particulier. Afin de renseigner les donateurs inquiets de la Fondation 30 Millions d'Amis, que je préside désormais, je vous serais reconnaissante de bien vouloir me faire part des résultats de ces réflexions […].[385] »

La lettre est accompagnée d'une invitation au Secrétaire d'État afin qu'il participe à l'émission de télévision 30 Millions d'Amis dans laquelle, prochainement, un reportage sera consacré aux « SDF et leurs animaux ». Quelques jours plus tard, cette lettre est transférée par Frédéric Boyer, conseiller technique du Secrétaire d'État en charge des questions liées au logement et à l'hébergement, à Pierre Gauthier, le Directeur de l'Action Sociale ; elle est accompagnée de la demande suivante : « Je vous demanderai de bien vouloir me communiquer une note faisant le point sur la question de l'accueil des chiens dans les centres d'hébergement des personnes sans abri. Merci.[386] » La seconde interpellation date du 3 janvier 1997. Le président de la République Jacques Chirac, lors d'un Conseil des Ministres, demande que « l'on trouve le moyen de régler le problème des chiens qui accompagnent un certain nombre de SDF, beaucoup de SDF refusant l'hébergement à partir du moment où on les sépare de leur chien.[387] »

La première note de Pierre Gauthier est datée du 8 janvier 1997. En un peu plus d'une page, il synthétise les éléments qui lui sont remontés des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). S'il note certaines initiatives locales, comme des « conventions » qui ont été passées avec la SPA, par exemple, il conclut ainsi : « D'une façon générale, il ne fait pas de doute qu'une prise de conscience s'est opérée, mais les efforts faits semblent encore avoir un caractère trop symbolique. Outre les nécessaires adaptations dans les structures déjà ouvertes, il conviendrait certainement de conditionner notre soutien

[385] Archives Nationales 20030337/9. Lettre de Reha Hutin à Xavier Emmanuelli, 9 décembre 1996.
[386] Archives Nationales 20030337/9. Bordereau d'envoi destiné à Pierre Gauthier, Directeur de l'Action Social, 19 décembre 1996.
[387] Archives Nationales 20030337/9. Coupure de presse, non datée et non référencée. Ajoutée à un bordereau d'envoi destiné à Pierre Gauthier, Directeur de l'Action Social, initialement datée du 19 décembre 1996.

financier à tout nouveau projet, qu'il s'agisse d'un hébergement de nuit ou d'un accueil de jour, à l'intégration de cette dimension.[388] » En feutre bleue, il est mentionné qu'« il faut maintenant agir et vite ![389] » Cette note sert de base à la réponse qu'adresse Xavier Emmanuelli à la présidente de la Fondation 30 Millions d'Amis. Il y rappelle la demande de Jacques Chirac et ajoute qu'il a demandé à « M. Gauthier, directeur de l'action sociale, de me soumettre avant la fin mars un rapport faisant le point de façon précise sur les différents aspects soulevés par cette question[390] ».

Le 10 mars 1997, quelques jours avant une réunion du Comité National de l'Accueil des Personnes en Difficulté qui se tiendra le 19 mars et où doit être évoqué l'accueil des sans-abri accompagnés d'animaux, le Directeur de l'Action Sociale donne le ton et les grandes lignes de ce qu'il exprimera dans une note. Il commence par revenir sur les chenils, une réponse expérimentée dans la moitié des départements selon les retours qu'il a eu des DDASS. Selon Pierre Gauthier, « cette solution peut présenter plus d'inconvénients que d'avantages. Elle implique la séparation du maître et de son animal : ce que de nombreux sans-abri refusent absolument. En zone urbaine, les aboiements indisposeront le voisinage. Dans tous les cas, ils indisposeront les hébergés. Il semble donc qu'une solution plus réaliste consiste à privilégier des modalités d'accueil cherchant à éviter la séparation du maître et de son animal.[391] » Le Directeur de l'Action Sociale soulève alors la question d'hébergements individualisés où les personnes sans abri pourraient séjourner avec leurs chiens, sans déranger leurs voisins ; une forme d'hébergement qui ne serait pas réservée uniquement à ce public :

> « Les contraintes de l'existant et des moyens ne permettent certainement pas d'envisager l'extinction de l'hébergement collectif, et on peut même estimer que ce type d'hébergement convient mieux pour certaines personnes. Néanmoins, sous prétexte que l'accueil en urgence doit rester par définition une forme d'accueil très temporaire, n'a-t-on pas encore trop tendance à juger l'espace privatif comme un luxe auquel on ne pourrait accéder qu'à partir de l'entrée dans la sphère de l'hébergement transitoire (CHRS, résidences sociales, et autres modalités d'hébergement ou de logement dit d'insertion) ?
> Or, chaque fois que sont évoqués les besoins spécifiques d'une catégorie à accueillir dans l'urgence (femmes victimes de violences, jeunes, couples, familles, malades, personnes accompagnées d'animaux, personnes nécessitant une surveillance particulière) la nécessité d'un accueil sous la forme d'un espace privatif paraît

[388] Archives Nationales 20030337/9. Note de Pierre Gauthier à l'attention de Monsieur Cyril Roger-Lacan, Directeur de Cabinet de Monsieur le Secrétaire d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence, 8 janvier 1997.
[389] Écriture probable de Cyril Roger-Lacan.
[390] Archives Nationales 20030337/9. Lettre de Xavier Emmanuelli à Reha Hutin, 22 janvier 1997.
[391] Archives Nationales 20030337/9. Note de Pierre Gauthier à l'attention de Monsieur Cyril Roger-Lacan, Directeur de Cabinet de Monsieur le Secrétaire d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence, 10 mars 1997.

> s'imposer. Sachant que l'addition de toutes ces catégories finit par représenter une majorité et qu'en tout état de cause l'accueil en collectif, même en urgence, est par nature de plus en plus inadapté, ne serait-il pas temps de renverser la perspective ? Même dans la sphère de l'hébergement d'urgence, l'espace privatif ne devrait-il pas désormais être considéré comme la norme et le collectif ou le semi-collectif l'exception ?
> De ce point de vue, il faut considérer que le problème de l'accueil des personnes accompagnées d'animaux relève en définitive d'un questionnement plus général sur les évolutions nécessaires du dispositif d'accueil d'urgence.[392] »

Dans le compte rendu de la réunion du 19 mars, il est écrit que « le besoin de réponses d'hébergement adaptées à la diversité des publics impose de travailler à l'humanisation des conditions d'accueil en mobilisant l'ensemble des outils existants.[393] » Le terme « humanisé » n'est pas nouveau. On le retrouve à la même période dans des associations, comme le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri où il est employé par exemple lors du Comité d'Administration 1994 (Brodiez-Dolino, 2020, p.133). Il indique les prémisses de « l'humanisation », déjà là et qui se mettra en place au tournant des années 2000 (Gardella, 2014a, notamment p.586-594). Dans un dernier document, daté du 30 mai 1997, Pierre Gauthier rappelle que des personnes sans abri accompagnées d'animaux peuvent être accueillies dans des hébergements collectifs sous condition d'un « suivi sur le plan de l'hygiène et du contrôle sanitaire » et insiste sur le fait que « tout ce qui va dans le sens d'une individualisation des conditions de l'accueil mérite d'être encouragé.[394] »

Les propositions de Pierre Gauthier sont intéressantes. Elles partent d'un public spécifique pour s'ouvrir à toutes les personnes sans abri. S'il est difficile de savoir comment elles ont été reçues au sein d'un Secrétariat d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence qui privilégie les réponses en termes d'hébergement d'urgence (Aranda, 2019a), il est intéressant de noter comment la question de la prise en charge du binôme maître-animal ouvre une réflexion plus générale quant aux conditions d'accueil dans les hébergements. Si la considération de l'attachement homme-animal « recèle des potentialités[395] » pour la relation de soin, comme on l'a vu avec le cas de Daniel et Samo à la Villa d'Hestia, il recèle également des potentialités pour « réinventer l'institution » (Laval & Ravon, 2006) et pour repenser les formes d'hébergement des personnes sans abri.

---

[392] Archives Nationales 20030337/9. Note de Pierre Gauthier à l'attention de Monsieur Cyril Roger-Lacan, Directeur de Cabinet de Monsieur le Secrétaire d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence, 10 mars 1997.
[393] Archives Nationales 20030337/9. Comité National de l'Accueil des Personnes en Difficulté, réunion du 19 mars 1997.
[394] Archives Nationales 20030337/9. Document signé de Pierre Gauthier qui semble être une première version de préconisations destinées aux DDASS.
[395] Pour reprendre la formule du président de l'association « Loup y es-tu ? », précédemment citée.

c/ Accompagner la naissance d'un attachement

Pour le moment, le binôme maître-animal a été pensé comme préexistant à l'entrée dans l'institution. Une personne sans abri est attachée à un animal, généralement un chien, et se pose la question de leur accueil dans des institutions d'hébergement qui semblent, *a priori,* inadaptées à l'accueil de ce binôme. Quittons temporairement la Villa d'Hestia et rendons-nous au centre d'hébergement Riboud, à Lyon, pour penser comment une institution d'hébergement peut susciter et accompagner la naissance d'un attachement à l'animal.

À l'automne 2019, au cours d'une discussion informelle avec un éducateur spécialisé, ce dernier évoque la présence d'un lapin dans le centre d'hébergement où il exerce et me décrit le lien qui s'est tissé entre un des hébergés et cet animal. Il me parle également d'une collègue qui est la « référente lapin » dans l'institution. Curieux, je lui demande s'il est possible de la rencontrer. Quelques semaines plus tard, le 15 novembre 2019, je me rends au centre d'hébergement Riboud, réservé à des hommes. En passant la porte d'entrée, je découvre le fameux animal. Le lapin noir occupe une large cage installée sur un comptoir qui fait office d'accueil. Un hébergé me le présente : son nom est Godji et il est la « mascotte » de l'institution. Je fais ensuite connaissance avec Julie, l'éducatrice spécialisée référente. On s'installe dans une salle et elle commence par me raconter l'arrivée du lapin. La directrice d'une autre structure, gérée par la même association, envoie un mail pour signaler l'existence d'un lapin à récupérer :

> « Quand on a appris qu'il y avait un lapin à la Charade [*CHRS femmes avec enfants*] c'est parti un peu sur des blagues en disant ben voilà il y un lapin à récupérer, est-ce que ça intéresse quelqu'un ? Et à l'époque le chef de service en rigolant dit : "On pourrait le prendre pour Riboud en fait." Et c'est parti un peu de ça. À l'époque l'équipe était, je ne dirais pas mitigée, mais je pense que ça n'avait pas… moi j'ai tout de suite été voilà, je suis assez sensible à la cause animale et je crois très fort en la médiation animale que ce soit avec les personnes sans abri ou les personnes en situation de handicap, en tout cas même les relations humaines et animales je trouve que ça apporte souvent quelque chose d'intéressant donc on est parti en disant : "Voilà on va récupérer le lapin pour Riboud". Ça s'est fait vraiment sur le tas, comme ça, et on n'avait pas du tout réfléchi à comment l'organiser, comment… Il y avait des craintes parce qu'il n'y avait jamais eu d'animal ici, donc voilà : où est-ce qu'on met le lapin ? »

La lapin est accueilli dans une institution où les animaux ne sont *a priori* pas autorisés[396]. Dans un premier temps, le lapin est installé derrière l'accueil, dans un endroit qui n'est « pas accessible aux résidents ». Puis, l'équipe décide de le déplacer et de l'installer à l'accueil, là où il se trouve actuellement : « On a aménagé l'accueil. Et là on a vu qu'il y avait des liens qui se créaient. Voilà, il y a un peu de tout, il y des messieurs qui ont beaucoup investi le lapin donc on sent vraiment qu'il y a quelque chose qui se joue ; d'autres qui sont contents, qui vont venir faire… mais ça n'ira pas plus loin ; et d'autres qui s'en foutent complètement. » Au bout de quelques semaines, le lapin est baptisé, à la suite d'un sondage au sein de l'institution. « Godji » – qui signifie « petit cochon » en arménien – l'emporte pour nommer ce lapin nain rapidement devenu très gros du fait que certains résidents lui apportent à manger, à l'instar des pratiques des patients observées à la Villa d'Hestia avec les chats errants. La nourriture est l'une des choses sur lesquelles les professionnels « essayent de travailler avec les résidents qui ont tendance à tous vouloir le nourrir », notamment avec l'un des résidents, Samuel. Ce dernier a noué un attachement très fort à l'animal que me décrit Julie[397] :

> JULIE : C'est son bébé, c'est son fils, tous les jours il a vraiment, il va le voir, des câlins, il le sort […]. Même s'il a besoin d'être soutenu, il y a quand même de l'attachement à un animal, à son bien-être, à son éducation, de l'apaisement pour Samuel. Vraiment de l'apaisement, de l'ordre de quelque chose… Voilà, ce que fait un animal, ça apaise, on transfert des choses de l'amour, des choses… un affect positif et je pense que pour Samuel ça l'aide. Il a une situation assez compliquée et je pense que ça l'aide à s'apaiser, à trouver du réconfort, moins de solitude. Ouais c'est vraiment comme une personne […]. Il prend Godji, il sort tous les jours, plusieurs fois par jour, il le prend comme un… comme un doudou. Le lapin il est comme ça dans ses bras [*elle mime le port du lapin contre la poitrine*], il le prend, il lui fait des câlins, des bisous, il est assis dans un fauteuil, le lapin se balade, il lui a appris des tours, il lui tend son paquet de clopes et le lapin tire les cigarettes avec la bouche. Tous les jours, tous les jours. C'est presque ritualisé.

Cependant, Samuel a tendance à « trop » nourrir l'animal selon les professionnels qui s'inquiètent de l'état de santé du lapin, comme elle me l'explique :

> JULIE : Au mois de septembre, on trouvait le lapin… alors je ne savais pas trop, le lapin était en train de faire comme une pelade, on ne le trouvait pas très beau, des touffes de poils qui partaient, donc on l'a amené chez le véto – de toute façon on voulait l'amener depuis un moment – et on y est allé avec Samuel chez le vétérinaire pour qu'il puisse entendre les paroles d'un professionnel. Donc le vétérinaire n'a pas été, ce qu'il disait c'est : « Oui c'est un lapin nain, il est de bonne constitution mais il

[396] Comme à la Villa d'Hestia, on trouve des exceptions. Julie me signale par exemple qu'un homme a été accueilli avec ses perruches.
[397] Je n'ai pas pu rencontrer Samuel et observer *in situ* son attachement.

> n'est pas obèse, on n'est pas dans un surpoids ». Par contre, voilà ce qu'il expliquait sur l'alimentation : la salade, c'est comme nous, c'est un laxatif, ça rince, et un lapin peut en mourir de diarrhée. Finalement, c'est une feuille par jour. Et ça, Samuel il a toujours, lui une feuille égale un bol. En nous disant que la salade ça ne fait pas grossir. Il a du mal à… Ce n'est pas dans la langue [*il est arménien et parle peu français*] c'est vraiment dans la compréhension, en nous disant que le vétérinaire est un naze, qu'il dit n'importe quoi. On doit faire face, ils lui donnent de tout, c'est qu'il peut lui donner du gâteau au chocolat, du riz, des brocolis. Et voilà, maintenant le lapin il ne pense qu'à bouffer donc quand il nous voit, la bouffe, il sait exactement, il est surexcité et il ne veut plus de ses compléments de lapin. Du coup, il ne mange pas ses graines et il faut lui donner… Donc on se fâche, ça crée beaucoup de tensions, là il y a une nouvelle équipe dont des collègues qui ont eu des lapins, qui pareil essayent de… mais avec Samuel ça génère beaucoup de tensions, d'incompréhensions et on en était au point la semaine dernière de lui dire : « En fait on va passer le lapin derrière » parce que là le lapin a la diarrhée et que ça peut être dangereux pour lui. Là on voit bien qu'on est… sous couvert de bienveillance on en est dans de la maltraitance en fait.

Au-delà de réguler les tensions qui peuvent surgir autour de la nourriture, cette visite chez le vétérinaire s'inscrit également dans une autre dynamique. Samuel c'est énormément attaché à Godji. Comme me le dit Julie, « c'est le lapin de Riboud et c'est le lapin de Samuel ». Tant est si bien que l'équipe envisage que le lapin reste avec Samuel s'il venait à quitter l'institution et à intégrer un logement : « En équipe on serait d'accord, si Samuel est amené à être relogé et que Godji soit toujours vivant, Godji partira avec Samuel. » Aller chez le vétérinaire ensemble contribue ainsi à accompagner la naissance du binôme maître-animal. Avoir un lapin c'est s'en occuper au quotidien mais c'est aussi l'amener régulièrement chez le vétérinaire afin d'effectuer des visites de contrôle et comprendre qu'il existe des « bonnes » manières d'en prendre soin ; telle est l'orientation qui émerge des propos de Julie. L'accompagnement social de Samuel intègre l'attachement qu'il a tissé avec Godji et en fait l'un des axes travaillés. L'institution n'accueille pas un binôme maître-animal préexistant, comme le fait la Villa d'Hestia avec Daniel et Samo, mais contribue à son émergence et l'étaye pour le rendre possible.

Cette courte parenthèse au centre d'hébergement Riboud partage de nombreuses similitudes avec la Villa d'Hestia. Les gestes de Samuel envers Godji rappellent ceux observés entre les patients des Lits Haltes Soins Santé, en particulier Éric, et les chats errants. Et, à l'instar de certains professionnels de la Villa d'Hestia, Julie, observant la relation entre le résident et le lapin, définit une *qualité soignante* de l'attachement homme-animal. Cependant, les professionnels de Riboud font un pas de plus : ils accompagnent la naissance d'un nouveau binôme quand les professionnels de la Villa d'Hestia le laissent au bord de l'institution voire

le limitent, comme l'illustrent les situations avec Éric.

***

Cette première section, consacrée aux attachements aux animaux, touche à sa fin. Elle a été l'occasion, d'une part, de décrire concrètement ces attachements, comment les personnes sans abri tiennent à ces animaux à travers des gestes et des pratiques qui relèvent du prendre soin. En ce sens, ces attachements témoignent du travail de « valuation » (Dewey, 2011) de l'environnement mené par les personnes accueillies à la Villa d'Hestia qui leur permet de « rendre familier un environnement qui au départ constituait un changement radical » (Istasse, 2015). D'autre part, l'enquête a permis de comprendre que les professionnels exercent un jugement sur ces attachements à l'aune d'une *qualité soignante*. Deux grandes tendances dans l'exercice de ces jugements apparaissent : une tendance à la reconnaissance et une tendance à la coupure. Dans la première, les professionnels reconnaissent une qualité soignante à l'attachement et le considèrent au nom du soin. C'est par exemple le cas des professionnels de la Villa d'Hestia lorsqu'ils acceptent d'accueillir Daniel avec son chien Samo, quand bien même les animaux sont *a priori* interdits dans l'institution. Dans la seconde, les professionnels cherchent à limiter ou à couper un attachement. C'est un cas qui a commencé à s'esquisser lorsque Laetitia tente de prévenir l'attachement trop fort d'Éric à un chaton qu'il souhaite adopter.

Les deux prochaines sections de ce chapitre sont consacrées à un autre attachement, celui à l'alcool, et visent à prolonger et à approfondir l'analyse de ces deux tendances. La section 2 analysera la tendance à la reconnaissance et la section 3 celle à la coupure. Il s'agira notamment de comprendre comment le jugement peut être « remis en cause » (Thévenot, 2006, p.97) en fonction du déroulement de l'action et des situations. Par rapport à la première section, l'enquête sur l'attachement à l'alcool nous permettra de suivre comment la qualification de la qualité soignante des attachements évolue mais aussi comment, autour d'une même situation, des désaccords entre les professionnels et entre ces derniers et les personnes sans abri apparaissent et avec quelles conséquences pour la relation de soin. Cette dernière sera ainsi pensée dans une perspective dynamique et processuelle où le soin se définit et se redéfinit à mesure qu'il est mis en œuvre et reçu par les soignés (Ravon, 2008 ; Bessin, 2014 ; Gardella, 2017).

Section 2 – Soigner avec l'alcool

Dans le chapitre précédent, j'ai commencé à aborder la question de l'alcool en m'arrêtant sur les pratiques des personnes sans abri, leurs manières de boire dans le quartier et de réguler leurs consommations. L'envie exprimée par Monsieur Dutret d'arrêter de boire a également permis de comprendre que, du point de vue des professionnels, l'institution n'est pas un centre de soins en alcoologie. Mais si l'équipe de la Villa d'Hestia ne propose pas officiellement un accompagnement à la réduction de la consommation d'alcool voire au sevrage, il existe néanmoins des formes autorisées de consommation. Au nom de quoi ces pratiques sont-elles mises en place ? Et comment s'accomplissent-elles ? Cette deuxième section se concentre donc sur des situations où les professionnels (ou certains professionnels) reconnaissent une qualité soignante de l'attachement à l'alcool. Ainsi, à rebours d'un règlement qui fait alors l'objet de discussions, de critiques voire de modifications, l'équipe des Lits Halte Soins Santé cherchent à trouver une place à l'alcool dans la relation de soin et dans l'espace physique de l'établissement. L'alcool est considéré sous deux formes différentes : la *consommation* et la *possession.* Dans un premier temps, je m'arrêterai sur des autorisations à consommer de l'alcool entre les murs de l'institution (1) ; dans un second temps, j'analyserai des pratiques ouvertes sur l'extérieur de l'établissement, dans lesquelles les professionnels considèrent ce qu'il s'y passe et ce que font les personnes sans abri hors les murs (2).

1/ Autoriser la consommation d'alcool entre les murs

Comme je l'ai présenté dans le chapitre précédent, la consommation d'alcool est interdite à la Villa d'Hestia. Je l'ai déjà évoqué : cela n'empêche pas des consommations en cachette qui peuvent potentiellement aboutir à des sanctions, comme on le verra dans la troisième section de ce chapitre. À côté de ces consommations cachées, il en existe d'autres, autorisées par les professionnels. Ces situations sont rares. Au cours de la période d'enquête, un patient a été autorisé à consommer de l'alcool durant tout son séjour à la Villa d'Hestia. Via des entretiens j'ai pu saisir d'autres expérimentations de ce type. Je souhaite ici m'arrêter sur deux cas : l'un où une patiente est autorisée à boire de l'alcool en salle de soins, avec des professionnels (a) ; l'autre où un patient est autorisé à consommer de l'alcool dans sa chambre, sans présence de professionnels (b). Malgré leurs différences, liées comme nous le verrons à l'état de santé des

patients, dans ces deux situations les professionnels partagent le souci de favoriser les soins en s'appuyant sur l'alcool tout en veillant à ce que ces autorisations ne s'ébruitent pas (c).

a/ Boire sous le regard des professionnels

Comme je l'ai indiqué dans le chapitre 1 consacrée à la méthodologie, au sein de la Villa d'Hestia j'ai conduit avec les professionnels des entretiens focalisés sur l'alcool qui visaient à décrire et à expliciter certaines pratiques vis-à-vis de l'alcool tout en discutant des principes et motivations qui les justifiaient ou qu'elles ont bousculés. Au cours de ces entretiens est revenue à plusieurs reprises une situation qui s'est terminée quelques semaines avant le début de mon enquête de terrain. À chaque fois que les professionnels m'en ont parlé, ils l'évoquaient comme un bon exemple, comme un moment de félicité professionnelle où le problème repéré est collectivement réglé sans faire surgir de nouveaux troubles. La situation est la suivante. Une femme est accueillie aux Lits Halte Soins Santé, les deux jambes dans le plâtre. Grâce aux professionnels du centre d'hébergement où elle vit, ceux de la Villa d'Hestia apprennent qu'elle a une addiction à l'alcool. Un problème pratique se pose pour cette patiente qui éprouve des difficultés à se déplacer : comment assouvir les besoins quotidien d'alcool quand les déplacements vers l'extérieur (pour en acheter et en boire) sont limités[398] ? Ce problème est partagé, quoique reformulé, par les professionnels : comment la patiente peut-elle tenir dans l'institution et suivre ses soins si elle ne peut pas boire quotidiennement ? L'équipe lui propose alors de venir boire en salle de soins quelques verres d'alcool chaque jour. Hugo, un des infirmiers, me raconte cette expérimentation :

> HUGO : Il y a le cas de la personne qui a des consommations et qui ne peut pas s'en passer et du coup si on l'en prive on sait qu'elle ne pourra pas accéder à des soins qui sont somme toute assez basiques, qui pourraient avec cet aménagement être fait. Je pense à la dame qui était venue y a un an, qui avait les deux jambes dans le plâtre et qui était vraiment alcoolique au sens premier du terme. Du coup elle n'aurait absolument pas pu se priver de sa consommation. Du coup, parce qu'on avait des informations sur sa façon de consommer dans son CHRS, on lui a proposé de boire avec nous une quantité qui permettrait de calmer le besoin. Bon on lui avait dit clairement qu'on ne pourrait pas lui permettre de boire trois litres par jour mais quelques verres, à intervalles réguliers pour qu'elle n'ait pas le manque et qu'elle puisse... Et elle avait adhéré à 200%. Elle buvait d'ailleurs très peu. Elle buvait un ou

[398] On peut ici faire un parallèle avec la période du confinement lié au Covid-19. Comment boire dans une institution où l'alcool est interdit dans une période où les sorties sont quasi-impossibles ? Au printemps 2020, un psychologue exerçant à ARIA, l'équipe mobile en addictologique qui circule dans plusieurs institutions de l'urgence sociale, me raconte que des professionnels de centres d'hébergement où l'alcool est interdit les sollicitent pour organiser rapidement des formes de cogestion entre les murs.

> deux verres dans la journée voire trois ou quatre mais c'était très raisonnable […]. Elle venait en salle de soins. Elle achetait, elle faisait acheter son alcool, elle le stockait en salle de soin et elle venait après chaque repas boire quelques verres. Mais pour le coup, là c'était vraiment le côté presque comme un sevrage médical. Enfin, tu vois c'était vraiment technique, il n'y avait pas... elle n'avait pas ce besoin de… de… il n'y avait pas tout ce qui va avec l'alcool : le besoin d'être dehors, le besoin de… ce n'était pas l'alcool social là on sentait… enfin elle avait ce besoin mais là, dans ce contexte, elle arrivait à se contenter de l'alcool physique, l'alcool médicament.

L'alcool n'apparaît pas ici comme un problème mais comme un moyen pour permettre à la patiente d'accéder à des soins « basiques ». À l'instar de la relation au chien qui est reconnue et acceptée dans l'institution pour permettre l'accès aux soins de Daniel, les professionnels reconnaissent l'attachement à l'alcool et lui trouvent une place dans l'institution malgré l'interdit. Dans les deux cas, les professionnels attribuent une qualité soignante à l'attachement ; cette dernière s'incarne ici dans une formule, « l'alcool médicament ». Ce n'est pas la seule fois où j'ai entendu cette analogie. Certaines personnes sans abri m'ont par exemple expliqué préférer ne pas prendre de médicaments prescrits par un médecin et boire de l'alcool, « [leur] médicament[399] ». L'infirmier de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, Ilyan, a lui aussi et à plusieurs reprises décrit des formes de consommation d'alcool comme des « modes d'automédication ». Il faut prendre au sérieux la formule d'Hugo et poursuivre la comparaison entre la consommation d'alcool et un médicament. La patiente boit quelques verres en salle de soins, là où son alcool est stocké au côté des autres médicaments, comme si elle prenait un médicament sous forme de solution buvable qu'elle consommerait sur place. D'ailleurs, à l'instar d'un médicament, il faut trouver le bon équilibre, le bon dosage, ici « quelques verres » pour éviter le manque[400] et permettre à la patiente de rester à la Villa d'Hestia et de suivre les soins pour ses jambes. L'interdiction de consommer de l'alcool dans l'institution est transgressée et justifiée par les professionnels au nom d'une « action de singularisation » (Thuderoz, 2010, p.276) ; c'est le fameux « cas par cas », souvent rappelé par les professionnels soignants pour décrire leur manière de travailler. Pour paraphraser

[399] Cette comparaison est répandue. On la retrouve par exemple sur le *sidewalk* où Mitchell Duneier mène son ethnographie (1999, p.65)

[400] Au cours de mon enquête, je n'ai pas directement observé des situations de manque à la Villa d'Hestia. Certains professionnels en ont observé quelques-unes, même si elles sont rares, comme l'exprime Nathalie, une aide-soignante : « Il y a eu quelques cas de manque. Le dernier c'est Robert, il avait des tremblements le matin. Ouais ouais il y en a. Il y en a aussi où c'est de la transpiration, des sueurs, vraiment ils tremblent, ils ne sont pas bien. Il faut absolument qu'ils sortent. Il y a des patients on les laissait sortir le matin pour qu'ils puissent aller boire. Sinon ils ne tenaient pas. C'était comme des lions en cage, ce n'était pas possible de les tenir, ils se mettaient trop en danger. Mais voilà, c'est au cas par cas. Toujours. » Dans les propos de l'aide-soignante apparaît une autre manière de contourner le règlement que je ne développerai pas ici, faute de données : si le règlement interdit les sorties avant 13h, des exceptions peuvent exister pour des personnes en situation de manque d'alcool qui auraient besoin de boire.

Christian Thuderoz, « *bien* [soigner[401]], c'est savoir *indexer* la règle aux situations particulières […]. Le *bon* [soignant] est donc celui qui sait quand il convient de respecter la règle, et quand il convient de l'ignorer ; les individus s'autorisent ainsi à juger la règle « en situation » et arguent de cette compétence pour justifier l'infraction » (Thuderoz, 2010, p.277). Considérer l'attachement à l'alcool de cette patiente, c'est considérer une de ses *singularités* qui élargit les *capacités à agir sur les soins* de celle-ci mais aussi des professionnels : en l'autorisant à boire en salles de soins, elle est capable de suivre les autres soins et l'équipe de la Villa d'Hestia est en mesure de l'accompagner dans ceux-ci.

Pour les professionnels qui l'évoquent, la force de cette expérimentation réside dans la manière dont elle a été accomplie, de façon semble-t-il fluide et sans accroc. Lorsque les professionnels décrivent cette situation, aucun problème, aucune entrave ne surgit. L'expérience est partagée positivement par les professionnels qui l'ont vécue et qui m'en parlent. Pour Mathilde, une aide-soignante présente à la Villa d'Hestia depuis son ouverture, cette expérience s'est si bien déroulée qu'elle semble même constituer un tournant dans la manière dont elle et l'équipe appréhendent la question de l'alcool :

> MATHILDE : Moi je suis là depuis le début et cette question de l'alcool elle est récurrente depuis le début. Et on est passé par différents stades dont un notamment, au tout début, où on imaginait leur donner de l'alcool à table. On l'a testé et en fait ça nous a vraiment mis en grande difficulté parce qu'on se retrouvait face à des personnes qui étaient déjà très alcoolisées et là t'étais... c'était à toi de dire : « Ben vous non je ne vous sers pas parce que là c'est bon », tu vois et t'avais un mec à côté à qui tu servais un verre. Donc ça on a dit : plus jamais ; ça nous mettait vraiment trop en difficulté. Après il y a eu tout ce travail sur le règlement, en disant : on interdit l'alcool dans l'établissement *et caetera* ; où on s'est vraiment braqué. Il y a eu une période où on se braquait énormément, si t'étais pris c'était dehors. Tu vois, c'était tout de suite l'esprit sanction. On s'est aperçu que ça ne marchait pas non plus. Et du coup moi, avec le temps, effectivement j'en ai pris une vision beaucoup plus cool, on va dire, là-dessus. Et on s'est aperçu en plus… pour certains patients on avait mis en place la gestion de l'alcool en salle de soins : ils venaient boire avec l'équipe. Pour une patiente on a fait ça. Et j'ai trouvé ça super sympa parce que du coup c'était un moment où on pouvait discuter de ça déjà, ou pas, parce que ça pouvait être un moment super sympa où on parlait de tout et de rien et du coup la personne venait plutôt voilà siroter un peu son verre. Du coup ça fait vachement évoluer mon idée sur la place de l'alcool dans l'établissement. Je pense qu'elle peut avoir sa place mais dans quelque chose qu'est quand même cadré, tu vois. Ce fait d'aller en salle de soins, ça c'était pas mal, j'ai trouvé que c'était vraiment positif parce que la personne ça lui a permis de supporter les murs, ici, de supporter un peu la frustration par rapport à l'alcool, par rapport à ce qu'elle faisait avant et nous on avait l'impression que c'était

[401] Les termes de « soigner » et de « soignant » remplacent respectivement ceux de « conduire » et de « conducteur » dans la citation originale.

> un contrat de confiance et du coup elle n'a jamais essayé de nous gruger. Voilà, moi j'ai trouvé que ça avait instauré vraiment un truc de confiance ici et c'était pas mal. Donc c'est vrai qu'on est passé… enfin moi je suis passée par vraiment tous les stades où vraiment l'alcool c'était non machin puis en fait [*sifflement*] de quel droit ? C'est déjà une maladie, ce n'est déjà pas facile, ils ne sont pas en demande de se sevrer donc je pense qu'on peut les accompagner autrement effectivement. Donc voilà, c'est vrai que je suis passée par tous les stades [*rire*]. Donc ouais, on évolue. C'est bien, c'est par l'expérience que… voilà en fait on s'est aperçu ben ça, ça ne marchait pas, ça ça ne marche pas et on a la chance d'accepter d'évoluer aussi parce qu'il y en a qui pourrait se dire ben non c'est comme ça. Et l'équipe a évolué je trouve, tu vois il y a ça aussi. C'est que toute l'équipe a évolué un petit peu dans ce sens-là.

Mathilde souligne le « pragmatisme obligé » (Hennion, 2010) des professionnels pour faire face aux troubles qu'ils rencontrent, l'importance d'une démarche expérimentale, d'un soin qui s'élabore par tâtonnements, par essais et erreurs. Par ailleurs, elle réinscrit cette situation dans une histoire institutionnelle retracée à grands traits et sur laquelle je suis revenu dans le chapitre 4 : d'abord, l'autorisation et le fait de servir du vin à table ; ensuite, le travail sur le règlement et les sanctions ; et là, l'autorisation de consommer de l'alcool accordée à cette patiente. Cette histoire institutionnelle est faite d'expériences sur lesquelles les professionnelles reviennent et dont ils tirent des conséquences ; un retour réflexif sur les pratiques menées est opéré. Cette histoire est aussi constituée de « stades », comme dit Mathilde, de différentes phases qui émergent progressivement. L'expérimentation conduite avec cette patiente en salle de soins semble constituer un *turning point* (Hughes, 1996 [1950]) ou un moment de « bifurcation » (Bessin, Bidart & Grossetti, 2009) dans sa « carrière » (Hughes, 1996 [1967]) professionnelle et dans celle de l'institution. D'ailleurs, comme nous le verrons dans la section 3 de ce chapitre, à peu près à la même période, cette proposition de consommer de l'alcool en salle de soins sera proposé à un autre patient, mais cette fois sans succès. Par ailleurs, Mathilde révèle d'autres intérêts à l'expérimentation menée avec cette patiente. En complément d'un « alcool médicament », évoqué par Hugo, apparaît dans le témoignage de l'aide-soignante, les bénéfices d'un « alcool social », au sens où l'alcool ne participe pas seulement aux sociabilités entre des personnes sans abri qui boivent mais aussi à tisser des liens avec les professionnels. C'est un élément évoqué par plusieurs professionnels, dont Christine, une infirmière :

> CHRISTINE : Je ne sais plus exactement, c'était du vin, du rosé, je sais plus. Elle rentrait en salle de soins le matin, c'était la porte fermée et elle buvait son verre, donc on prenait ce moment-là, on discutait beaucoup sur ce moment-là parce qu'elle était là, elle ne le sifflait pas d'un coup mais elle le sirotait et on papotait en même temps. C'était plutôt dans un esprit de siroter son petit plaisir que de se mettre des charges.

Donc là on arrivait vraiment à avoir une relation… une relation d'aide même je dirais où on discutait de la vie, de comment ça se passait l'alcool et c'était avec un verre dans la main et ça trois fois par jour. Et je trouvais que là, sur ce coup-là, on a ouvert une porte, alors est-ce qu'on pourrait le faire encore ? Je ne sais pas mais ça, ça doit se discuter en équipe. Moi j'ai trouvé cette expérience très intéressante parce qu'on a vraiment pu placer de la relation d'aide sur ce moment-là et ce n'était pas je prends de l'alcool dans le sens où je m'étourdis la tête, c'était l'alcool dans le sens je sirote tranquillement et je ne m'étourdis pas la tête. C'est à dire que ça peut être de l'alcool qui est convivial au lieu que ce soit de l'alcool pour soigner sa tête parce qu'on n'est pas bien et on veut se mettre la tête à l'envers.

GABRIEL : Tu dis que c'était bénéfique pour en discuter…

CHRISTINE : Ouais j'ai l'impression qu'elle a beaucoup réfléchi aussi, elle a beaucoup cheminé cette femme après. Ouais, je pense qu'il y a eu un bénéfice parce que du coup on discutait. « Vous voyez voilà on peut tranquillement avoir du plaisir sans pour autant se mettre en danger », parce que c'était suite à une l'alcoolisation qu'elle avait fait n'importe quoi, elle était montée sur une moto, elle était tombée et du coup la jambe elle avait été salement abîmée et du coup ça pouvait montrer ben voilà, on boit mais on ne se met pas en danger et on garde les moyens… savoir qu'elle est le ressenti, ce qu'elle ressent et qu'elle sache repérer le moment où ça va aller trop loin. Après, on n'oublie pas que c'est de l'addiction.

Si les propos d'Hugo insistait sur la dimension médicale de cette consommation d'alcool, Christine propose un registre différent. La salle de soins revêt des airs de terrasse de café : la patiente ne boit pas de l'alcool mais « sirote » son verre tout en « papotant ». Plus encore que l'apport physique de l'alcool pour éviter le manque c'est ici un apport en termes de sociabilités qui est souligné par l'infirmière. Dans un contexte institutionnel où l'alcool est interdit, il n'est pas simple, selon certains professionnels, d'engager une conversation ouverte sur la consommation d'alcool – c'est un point que je reprendrai plus loin. Cette expérimentation ouvre une dimension que les professionnels n'avaient pas anticipée en la mettent en place : ils peuvent échanger avec la patiente autour du produit mais aussi sur d'autres sujets. Le geste même de boire constitue un appui à la relation, au même titre que donner une cigarette ou fumer ensemble « devient un tremplin pour le jeu de la sociabilité » (Cefaï & Gardella, 2011, p.319). L'attachement à l'alcool crée de nouveaux liens avec des buveurs mais aussi avec des non-buveurs, comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent à propos des consommations dans l'espace public qui s'accompagnent d'interaction avec des passants. De manière similaire, ici ce sont des liens avec les professionnels qui se tissent[402]. Dans cette perspective, la consommation d'alcool et le dispositif expérimenté

[402] Cette autorisation à boire quelques verres en salle de soins relève d'une pratique de réductions des risques et a des affinités, même s'il ne s'agit pas des mêmes produits consommés, avec les salles d'injection. En effet, ces

contribuent à « aider la relation » (Laval & Ravon, 2005). Mais encore faut-il que le patient accepte ce type de consommation, comme le rappelle Christine qui doute de la reproductibilité d'un tel dispositif :

> CHRISTINE : Je pense qu'il n'y a pas énormément de personne avec qui on peut faire ça. Là c'était parce qu'elle ne pouvait pas sortir aussi.
>
> GABRIEL : Et avec des personnes qui pourraient sortir, est-ce que…
>
> CHRISTINE : Ils n'ont pas forcément envie de boire un coup avec l'infirmière. Ça peut être avec des potes. Avec qui je bois c'est important aussi, de savoir avec qui je bois. Ça peut être avec des potes parce que je vais me lâcher, je vais faire le con et le lieu aussi ça peut être sur le trottoir. Un monsieur des LHSS, je l'ai croisé un jour à l'arrêt de tram, il me dit : « Mais moi j'aime bien être dehors, je discute avec les gens ». Et puis y a le banc là-bas, notre succursale, notre annexe [*rire*] et là-bas sur le banc ils discutent entre copains et pas forcément avec l'infirmière. Pourquoi est-ce qu'ils voient l'infirmière comme quelqu'un qui va vouloir les sauver, *et cætera*. Ils veulent avoir la paix *et cætera*. Être tranquille. Et puis là on est bien sur l'addiction, ce sont des mecs qui s'installent avec leur litron qui chargent qui chargent parce qu'ils ont besoin. Le manque, il faut qu'ils remplissent.

Le banc comme « annexe », c'est ce que prend au sérieux une autre expérience que j'évoquerai plus tard dans cette section. Avant cela, revenons sur autre situation où la consommation d'alcool est autorisée dans l'institution.

b/ Considérer (l'attachement à l'alcool de) la personne en fin de vie

Au cours de mon enquête de terrain à la Villa d'Hestia, un patient, Étienne, a été autorisé par l'équipe à consommer de l'alcool dans l'établissement. Agé de 46 ans, il est arrivé en juin 2015 aux Lits Halte Soins Santé et y est resté jusqu'à son décès, en décembre de la même année, des suites d'un cancer ORL. En raison de la gravité du diagnostic médical, sa prise en charge a été, dès le commencement, pensée comme un accompagnement à la fin de vie. À son arrivée, Étienne a la réputation d'avoir des « difficultés à se fixer » et d'être « en errance », comme le disent les professionnels lors de réunions d'équipe. Une expérience passée – il y a quelques années, il était venu aux Lits Halte Soins Santé mais avait rapidement quitté l'institution sans explication – nourrit cette définition. De même que ses circulations entre l'agglomération lyonnaise et le nord-Isère où des acteurs de l'urgence sociale retrouvaient

espaces permettent aux personnes de consommer en prenant moins de risques que s'ils étaient dans l'espace public (où elles peuvent se faire de manière précipitée et dans de mauvaises conditions d'hygiène, notamment) et peuvent favoriser l'accès aux soins des personnes en contribuant à les mettre en lien avec des professionnels (Jauffret-Roustide, 2011 et 2015).

parfois sa trace dans différentes institutions où il ne restait jamais bien longtemps. Pour les professionnels de la Villa d'Hestia le premier enjeu est donc de favoriser le maintien d'Étienne dans l'établissement ; avant même de parler de soin, il s'agit de faire en sorte qu'il accepte de rester. C'est ici que l'alcool revêt un enjeu central dans l'accompagnement, comme l'explique Arnaud, un infirmier :

> ARNAUD : J'y vois un intérêt [*à ce qu'Étienne consomme de l'alcool dans l'établissement*] parce que d'une part comment dire c'est… j'y vois un intérêt dans la réduction des risques d'une part parce que… bon la situation… il y a une personne en ce moment effectivement qui est autorisée à consommer de l'alcool à l'intérieur mais ça reste une consommation assez particulière aussi, on est dans le cadre d'une prise en charge palliative, d'une personne qui a déjà fugué plusieurs fois, qu'on essaye de maintenir… avec qui on essaye de maintenir le lien, qu'on essaye de maintenir dans un certain confort et du coup on pourrait y voir aussi le fait de pouvoir consommer là, à l'intérieur, comme une prolongation de cette espèce de confort qu'on essaie de lui amener […]. Indirectement, je pense que l'alcool est soignant. Ça participe au maintien de la personne dans la structure et donc le fait que la personne arrive à se maintenir sur un endroit, ce qui était très compliqué pour elle jusqu'ici, ça lui permet d'avoir un endroit où se poser, ça permet l'accès aux soins, ça permet l'accès à la prise en charge de la douleur, ça participe de ça aussi du coup. Pas forcément directement mais… c'est une manière d'arriver à ce que la personne se sente bien à l'intérieur et décide de rester.

Les professionnels partagent largement cette idée, « tout le monde est un peu d'accord » comme me le dit Hugo, un autre infirmier. La gravité de la situation médicale d'Étienne s'accompagne d'un quasi-consensus au sein de l'équipe. Quasi car la position du médecin détonne. Avant même d'évoquer l'autorisation à consommer de l'alcool, il s'interroge ouvertement sur cet accompagnement qui sort du cadre et des missions des Lits Halte Soins Santé, comme en témoigne cet échange tenu lors d'une réunion de l'équipe médico-sociale, le lundi 6 juillet 2015, quelques jours après l'arrivée d'Étienne à la Villa d'Hestia. Le médecin reconnaît que le diagnostic médical du patient est « dramatique » mais estime qu'il « ne relève pas de notre mission » mais « plutôt d'un accueil de jour » et de formes de « cocooning ». La cadre de santé lui rétorque qu'Étienne est « fuyant » et qu'il est important qu'il puisse « avoir un lieu à soi où il revient », sous-entendu la Villa d'Hestia. Elle estime que même s'il ne correspond pas au profil des patients en Lits Halte Soins Santé, ils se doivent de lui « proposer un accompagnement » dont il se saisira ou pas car, selon elle, il n'acceptera pas d'entrer dans une autre institution. Elle ne précise pas pourquoi. Le médecin ne va pas plus loin dans la conversation, il la clôt en signalant « qu'il ne faut peut-être plus lui parler de médecin parce que ça le fait partir », en référence à son absence de l'institution depuis deux jours. Un silence

de quelques secondes s'installe. L'infirmier du matin, qui mène la première partie de la réunion où chaque situation est abordée rapidement, l'interrompt en demandant si « on passe au patient suivant ». C'est la seule fois que j'observe un désaccord explicite autour de la prise en charge de ce patient. Cependant, la position du médecin a finalement peu d'influence sur cet accompagnement – sûrement en raison de ses longues absences, pour arrêt maladie, au cours de l'année 2015. Étienne est donc bien accueilli à la Villa d'Hestia.

Considérant son addiction à l'alcool, les professionnels autorisent Étienne à consommer dans l'institution. Si l'impossibilité de consommer de l'alcool peut constituer, pour les personnes sans abri, un motif de « non-recours » aux institutions d'hébergement (Levy, 2015), l'alcool est ici envisagé par les professionnels comme un moyen à même de favoriser le séjour à la Villa d'Hestia d'Étienne, d'aider à ce qu'il se « pose » et ainsi d'éviter les « fugues ». Dans les faits, c'est ce qu'il se produit. S'il lui arrive, notamment les premières semaines de son séjour, de quitter quelques jours l'institution sans donner de nouvelles – c'est ce à quoi fait référence le médecin dans la situation précédemment décrite –, il revient toujours et accepte de rester dans l'établissement jusqu'à la fin de sa vie. Il s'ancre à la Villa d'Hestia. L'« ancrage » n'est pas synonyme d'immobilisme, c'est un point à partir duquel se tissent et se retissent des inscriptions sociales et territoriales et qui donc participe, à ce titre, à définir l'habiter (Pichon (dir.), 2010). Comme on le verra, grâce à son autorisation à boire de l'alcool, il se lie d'amitié avec Éric, qui occupe la chambre à côté de la sienne, qui a lui aussi une addiction à l'alcool mais qui est interdit de boire. Néanmoins, si l'alcool occupe une place centrale dans les pratiques d'habiter d'Étienne, les habitudes qu'il développe dans l'institution ne peuvent s'y réduire. Il lui arrive de regarder la télévision dans la salle commune, de jouer de la guitare ou de dessiner. Il participe également au projet photographique, présenté dans le chapitre 1. Sur ses photos, on retrouve Éric parmi d'autres personnes, la télévision qu'il regarde mais aussi des photos de sa chambre qui porte les marques de son « aménagement » (*Ibid.*, 2010) actuel – par exemple avec cet ouvrage ouvert posé sur un radiateur où sont imprimés des poissons colorés. Quand bien même le visage d'Étienne est marqué par la tumeur, qui prend une place de plus en plus importante au fil des semaines, il passe du temps hors de sa chambre, dans les espaces partagés, semblant ainsi confirmer cette remarque de l'assistante sociale formulée en réunion d'équipe : « Au niveau du regard des gens c'est beaucoup moins violent pour lui ici ».

À l'instar du chien Samo pour son maître Daniel, l'alcool est pensé comme un « attachement » qui participe à « ce qui fait être » (Latour, 2000) le patient, dont les

professionnels ne peuvent le couper et qui favorisent sont maintien dans l'institution. Le patient en fin de vie est considéré comme une *personne* qui, comme l'écrit Michel Castra (2003), « mérite ces avantages parce qu'il a été défini comme incurable ou mourant. Ce nouveau statut de patient en fin de vie lui ouvre des droits : au confort, à un environnement social, à un soutien psychologique, à une réglementation plus souple (fin du régime alimentaire, horaires élargis, animaux autorisés) » (Castra, 2003, p.210). Le sociologue donne, plus loin, des exemples de cette règlementation plus souple qui participe d'une « normalisation » de la vie ordinaire :

> « Dans le même sens, l'autorisation de fumer, la possibilité de vivre chaque jour avec ses proches (qui sont invités à rester sur place, préparer des plats, dormir...), l'absence d'horaires de visite, de réveil, de repas, la possibilité d'emmener chat ou chien, de retourner un ou deux jours à domicile s'inscrivent dans cette logique. Si la normalisation n'est jamais la restauration d'un mode de vie antérieur, elle vise à s'en rapprocher le plus possible, cet ensemble de prescriptions de comportements devant mener à l'élaboration d'une "nouvelle attitude naturelle" » (*Ibid*., p.213).

Cette souplesse se retrouve à la Villa d'Hestia. Étienne sort parfois le matin en plus de pouvoir boire de l'alcool dans l'institution. Ce sont probablement dans ces situations où les patients sont reconnus comme étant en fin de vie que la considération des *singularités* est la plus élevée. Les professionnels accordent une grande importance à ce à quoi tiennent les patients et qui va leur permettre de supporter ces derniers mois, ces dernières semaines voire ces derniers jours à vivre. Ils vont faire preuve d'une grande adaptation pour accueillir la personne dans ses singularités et donc ses attachements, comme le montre Anne-Sophie Haeringer (2017) lorsqu'elle décrit très finement les arrangements et les aménagements que mettent en place les professionnels d'un service de soins palliatifs pour qu'un patient puisse continuer à fumer. Considérer les singularités des personnes c'est aussi considérer qu'avant de n'être plus, le patient en fin de vie verra ses capacités entamés (*Ibid*.). C'est pourquoi les professionnels n'autorisent pas seulement Étienne à consommer de l'alcool, ils l'autorisent également à boire dans sa chambre quand il le souhaite. L'équipe va donc un peu plus loin par rapport à l'expérimentation précédemment relatée : ils ne contrôlent pas les consommations du patient même s'ils s'en inquiètent. Deux raisons sont évoquées pour justifier cette autorisation à consommer dans la chambre plutôt qu'en salle de soins. La première est liée à l'altération des capacités physiques d'Étienne. En raison de son état de santé, il n'est pas ou ne sera plus (dans un futur proche mais indéterminé) en mesure de se déplacer physiquement pour aller boire à l'extérieur ou même en salle de soins ; il est donc autorisé à boire dans sa

chambre. En raison des douleurs qu'il ressent, il lui arrive de ne pas sortir de sa chambre et d'y rester alité ou assis sur un fauteuil sans la quitter pendant plusieurs jours. L'autorisation à consommer de l'alcool prend donc en considération l'incapacité (potentielle) physique du patient à se déplacer pour boire. Mais, tout en prenant acte d'une incapacité, l'autorisation à consommer dans la chambre tient également compte d'une capacité : celle du patient à gérer et à réguler ses douleurs. En effet, si le patient a le droit de boire dans sa chambre c'est que l'alcool a un rôle dans la gestion des douleurs. Au fil des semaines, à mesure que le cancer s'étend, les douleurs vécues par Étienne s'intensifient et les préoccupations des professionnels avec. Le 9 novembre 2015, un peu moins d'un mois avant son décès, lors d'une réunion d'équipe à la Villa d'Hestia, l'équipe aborde sa situation. La cadre de santé, qui vient de le voir, commence par dire qu'« il souffre » et ouvre l'échange sur la prise des médicaments et en particulier de l'Actiskenan®, un antalgique contenant de la morphine. Une première infirmière signale qu'« on ne sait pas ce qu'il prend comme médicaments, il attend qu'on parte » ; une seconde surenchérit en se demandant ouvertement « s'il les prend ou s'il les jette ». La médecin remplaçante précise néanmoins qu'il lui arrive parfois de « les demander », sous-entendant par là qu'il doit les prendre si ce n'est à chaque fois au moins de temps en temps. Ces incertitudes s'expliquent par le fait que les professionnels n'imposent pas un traitement à Étienne ; ils lui donnent les médicaments mais n'exigent pas qu'il les prenne devant eux comme ils peuvent le faire pour d'autres patients. En même temps qu'est discutée la prise des médicaments, la consommation d'alcool d'Étienne est abordée. Une infirmière mentionne qu'il « sent l'alcool fort » et qu'« il doit lui en falloir peu » pour ressentir l'ivresse. La cadre de santé poursuit en reconnaissant qu'« elle [*la bouteille*] est tout le temps avec lui » et qu'« il en a besoin ». Si médicaments et alcool sont discutés dans le même échange c'est que les deux ont un rôle à jouer dans la gestion de la douleur et la tolérance à la souffrance, sans présumer de l'importance et de la place de chacun dans ce processus. L'alcool ne réduit pas les douleurs, il permet de les supporter. Contrairement à de nombreuses situations où l'alcool est source de troubles et de tensions entre soignants et sans-abri (Coulomb, 2018, p.83), la perspective des professionnels est ici sensiblement différente. L'alcool n'est plus perçu comme un problème ou un frein, c'est un produit qui apporte des « bénéfices » au patient, comme le dit Hugo, un infirmier, et qu'il est donc nécessaire de reconnaître :

> HUGO : Il y a le cas de figure pour les gens qui, comme le monsieur-là [*Étienne*] qui est en fin de vie, bon voilà ça fait partie de son existence [*l'alcool*], il en tire des bénéfices qui sont bien supérieurs à ce qu'on pourrait lui proposer en contrepartie donc ça paraît évident qu'on ne va pas le priver de ça. Sachant que ce que nous on a à proposer au niveau soins c'est juste un peu de confort, donc lui le confort il le trouve là-dedans, nous on s'adapte.

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent avec le cas de Monsieur Palay, les professionnels s'engagent dans une « logique de confort », caractéristique des « soins palliatifs » (Castra, 2011, p.773), qui dessine un horizon dans lequel il s'agit de prendre soin de la personne, d'identifier et de répondre aux souffrances sans chercher la guérison. Dans ce contexte, alcool et médicaments sont des composantes du traitement que le patient va gérer, alternant entre l'un ou l'autre, en fonction de son ressenti. C'est ce qui ressort dans l'expression, utilisée le 16 novembre 2015, toujours en réunion d'équipe, par un aide-soignant qui assimile l'alcool à un « anesthésiant » pour Étienne. C'est une dimension qu'on retrouve dans d'autres situations, moins dramatiques, et qui peut être revendiquée par les personnes sans abri elles-mêmes. C'est le cas par exemple de Medhi, un patient de la Villa d'Hestia âgé d'une trentaine d'année, que je croise par hasard place du Pont à Lyon, le 21 janvier 2016. Il sort de chez le dentiste où il est allé faire un examen après s'être fait casser des dents lors d'une « agression par des skinhead », m'explique-t-il. Il s'est fait « nettoyer les dents ». Je lui demande si ce n'est pas trop douloureux. Il me répond : « Si, grave ! Je suis venu ici pour prendre des clopes pas chères[403] pour une femme de la Villa. J'ai fumé une cigarette et bu un peu de whisky, deux gorgées pas plus, mais ça soulage, ça aide pour la douleur. » Dans un registre similaire, au cours d'une discussion informelle qui s'est déroulé le 7 avril 2015, en salle de soins, Cyril, un infirmier, m'explique qu'il est arrivé que l'équipe tolère qu'un patient fume du cannabis car c'était pour lui « le seul moyen de gérer la souffrance » liée à des escarres et c'est ainsi qu'ils ont « pu le soigner ». Durant mon enquête de terrain, ce type de situation ne s'est pas reproduit. Néanmoins, il apparaît explicitement que l'attachement à l'alcool, mais aussi potentiellement au cannabis, peuvent se voir attribuer une qualité soignante pour réguler les douleurs et gérer les souffrances et, ainsi, participer directement aux soins apportés à certains patients.

[403] La place du Pont – officiellement nommée place Gabriel Péri – est située dans le quartier de la Guillotière, à cheval sur le 7ème et le 3ème arrondissement de Lyon. La place est connue, notamment, pour la vente à la sauvette de cigarettes étrangères à prix réduit. Pour une description de cette place et de ses activités, je me permets de renvoyer à un travail réalisé dans le cadre de mon master (Vernède & Uribelarrea, 2013).

c/ Ne pas ébruiter les autorisations

Contrairement aux consommations d'alcool d'une patiente en salle de soins, qui semblent se dérouler sans accroc pour les professionnels qui en parlent, l'autorisation accordée à Étienne soulève un nouveau problème. Je l'ai rapidement mentionné : du fait de son autorisation à boire dans sa chambre, Étienne et Éric, qui occupent deux chambres mitoyennes, se rapprochent. Voisins devenus amis, Étienne invite Éric à venir boire dans sa chambre et lui en achète, notamment lors du mois de septembre, lorsque ce dernier est interdit de sortir seul de l'institution, comme on le verra dans la section 3 de ce chapitre. Par exemple, le 24 septembre 2015, en début d'après-midi, je suis seul dans le coin fumeur avec Éric. La porte donnant sur le hall d'entrée est ouverte. Étienne passe, comme s'il s'apprêtait à sortir. Éric le voit et l'interpelle par son prénom. Il vient le voir. Éric lui tend un billet de cinq euros et lui demande : « Tu me prends une bouteille ? » Il accepte d'un hochement de tête. Éric veut savoir quand il y va. Étienne répond mais je ne comprends pas ce qu'il dit, son cancer à littéralement envahi la partie droite de son visage et il est difficile de comprendre quand il parle. Éric répond « ok », même s'il me confirme, une fois Étienne parti, qu'il n'a pas compris ce qu'il lui a dit. Nous restons dans le coin fumeur avec Éric. Une petite demi-heure plus tard, Étienne revient, une bouteille qu'on devine cachée sous sa veste légèrement rebondie par la forme de l'objet. Éric le voit, dit « allez » et s'en va. Comme si ce « allez » m'était aussi destiné, je le suis. Il ne dit rien, ma présence ne le dérange pas. Éric et Étienne n'échangent pas un mot, simplement un regard puis le premier part dans le couloir en direction de sa chambre, suivi du second. Je suis le dernier à rentrer dans la chambre d'Éric, je ferme la porte. Étienne ouvre sa veste, sort une bouteille de vin du nom de « Pelure d'oignon » qu'il tend à Éric. Il lui rend également de la monnaie. Éric ouvre la bouteille et en propose à Étienne pour le remercier de ce service rendu. Il refuse et sort de la chambre par la porte-fenêtre entrouverte. Éric boit : « C'est un rouge de merde mais il est bon, même s'il est léger pour moi ». Anticipant ma question sur sa relation avec Étienne, il me dit un brin fanfaron : « Je suis apprécié ici, on me protège ». Par leur arrangement autour de l'alcool, ces deux patients ont tissé une relation forte. Erving Goffman soulignait d'ailleurs « combien la confiance réciproque doit être grande lorsqu'il s'agit de transactions non autorisées ou clandestines » (Goffman, 1968 [1961], p.319) dans l'institution. Comme le résume Magalie, une infirmière, « ces deux messieurs ils boivent ensemble, avant ils ne se parlaient pas. Et depuis qu'ils ont leur arrangement, ils se parlent ». C'est ici qu'un nouveau trouble apparaît et

que des dissensus se font jour entre les professionnels. Par exemple Audrey, une aide-soignante, estime qu'il faudrait revenir sur l'autorisation de consommer de l'alcool qui a été accordée à Étienne afin de réduire, aussi, les alcoolisations d'Éric :

> GABRIEL : Quel sens tu vois à l'autorisation d'alcool accordée pour Étienne ?
>
> AUDREY : Ben en un sens… c'était présenté comme il était en fin de vie du coup il avait du mal à sortir pour s'alcooliser, pour avoir sa dose d'alcool. Sauf que maintenant il va beaucoup mieux, enfin il va beaucoup mieux, oui et non. Je veux dire maintenant il est bien adapté à la Villa. C'était plus pour une accroche : qu'il reste boire à l'intérieur pour qu'il reste à la Villa. Maintenant qu'il est bien ancré à la Villa il n'y aurait plus besoin qu'il aille… enfin qu'il s'alcoolise à l'intérieur. Enfin moi de mon point de vue. Parce que du coup les problèmes ils se multiplient : lui il boit avec Monsieur A. [*Éric*] qui boit parce qu'il a de l'alcool à l'intérieur.

Pour les professionnels, les décisions ne sont pas immuables, elles sont sans cesse réévaluées à l'aune de leurs conséquences si bien que le soin peut se reconfigurer au cours du temps. Audrey pointe ici des conséquences qu'elle juge négatives – « les problèmes » se multiplient – qui la conduisent à *reconsidérer* l'autorisation accordée. À ma connaissance, elle n'expose pas ses doutes et sa position en réunion d'équipe. D'autres membres de l'équipe ne partagent pas sa position. Selon eux, avec ou sans Étienne, Éric serait en mesure de trouver une personne pour lui apporter de l'alcool entre les murs de l'institution. Finalement, l'équipe n'interdit pas la consommation d'alcool d'Étienne mais tente de réduire les alcoolisations d'Éric en le changeant de chambre et en l'éloignant de celle d'Étienne. Cette solution ne semble pas avoir d'effet puisque les patients sont mobiles, ils circulent et maintiennent des liens malgré cet éloignement relatif : Éric continue d'aller boire dans la chambre d'Étienne et ce dernier va parfois lui acheter de l'alcool. L'arrangement prendra fin quand Éric sera exclu de la Villa d'Hestia. Pour les professionnels, ce qui se joue entre Étienne et Éric constitue le danger, la limite de toute autorisation de consommer de l'alcool accordée à un patient. Au cours de discussions, les professionnels expriment une crainte : celle que les expérimentations s'ébruitent, qu'un patient communique auprès d'autres patients sur le fait que *lui* a le droit de boire de l'alcool dans l'établissement. C'est aussi pour cette raison que la patiente autorisée à boire en salle de soin ne pouvait boire que dans cet espace comme l'affirme Arnaud, un infirmier :

> ARNAUD : Il s'agissait de maintenir une certaine discrétion par rapport à ça parce que ça sortait du cadre général et donc pour que d'autres patients n'aient pas des choses à dire là-dessus et puissent contester le règlement qui était toujours en vigueur, ça se passait en salle de soins.

L'alcool est bu dans la salle de soins, derrière la porte fermée, à l'abri des regards pour ne pas éveiller les soupçons des autres patients et ne pas susciter leurs remarques. En poursuivant l'analogie de « l'alcool médicament », on serait tenté d'écrire que cette consommation relève d'un « secret médical » à ne pas divulguer aux membres non autorisés que sont les patients. Selon Hugo, un infirmier, l'individualisation des prises en charge ne serait pas simple à expliquer aux autres patients pour les professionnels :

> HUGO : Il y a les micro-aménagements qu'on arrive à faire ouais. Après on n'est pas encore très à l'aise avec ces micro-aménagements et on fait un peu des allers-retours avec notre positionnement, avec ce qu'on se sent prêt à faire. J'ai l'impression que des fois on est prêt à y aller, on se dit aller on va individualiser un peu, on va ouvrir des portes, proposer ci ou ça mais on se rétracte parce qu'on se rend compte que l'on met le doigt dans quelque chose qui est un peu compliqué à manœuvrer. Parce qu'on se dit « ben tiens le voisin, ah ben tiens lui, et puis lui l'alcool il arrive à boire deux verres mais lui il lui faut six litres et il va être relou, et puis s'ils sont voisins de chambre », tu vois comment [*rire*]. Ce sont des trucs pratiques qui nous mettent en difficulté. Ce n'est pas tant… enfin c'est l'alcool mais…
>
> GABRIEL : C'est que l'info va circuler ? « J'ai le droit de boire tant… »
>
> HUGO : Ouais. Et on ne sait pas… on a toujours été un peu en difficulté pour les… quand on prenait des décisions individuelles. Pas pour les assumer mais pour que ce soit compréhensible et que les autres personnes n'y voient pas une injustice.

Apparaît ici un point central. Si l'individualisation et la singularisation des prises en charge au regard des patients constituent un argument entre les professionnels – mais aussi un argument des professionnels vis-à-vis du chercheur qui les interroge – pour justifier des autorisations de consommer de l'alcool dans l'institution malgré l'interdit règlementaire, cet argument ne serait pas un *bon* argument auprès des patients au sens où il ne serait pas entendu voire pas entendable par ces derniers qui retiendraient une application différenciée du règlement et critiqueraient ce qui serait perçu comme un traitement de faveur réservé à certains au détriment d'autres. Ainsi, ce n'est pas seulement l'autorisation accordée à une personne de boire de l'alcool qui constitue une épreuve pour les professionnels, c'est aussi la *publicisation* de ces accords au sein de l'institution, auprès des autres patients. Les professionnels sont confrontés à une problématique somme toute classique dans les institutions d'hébergement médicalisé : comment rester cohérent aux yeux des patients (Emerson & *al.*, 1983, p.263). Celle-ci est indissociablement liée à ce type de structure où existent des formes de coprésence et de cohabitation qui peuvent permettre aux personnes soignées d'avoir un œil sur le soins apportés à d'autres. Ainsi, les bienfaits de la singularisation de la relation de soin dans une

institution, au sens où elle serait plus adaptée aux personnes et à leurs besoins spécifiques, auraient pour envers l'émergence de potentiels troubles ou désaccords dans le collectif. La complexité à tenir ensemble ces deux dimensions, adaptation individuelle et cohérence collective, explique pourquoi les professionnels éprouvent des difficultés à s'engager dans ce type d'expérimentation, comme l'exprime Hugo. Il s'agit pour eux d'un problème pratique qui soulève des enjeux de justice locale : des critères et des principes – l'individualisation de la relation de soin, l'état de santé du patient, sa capacité à se déplacer – sont mobilisés dans les deux situations pour justifier les transgressions au règlement mais comment les rendre accessibles et valides par les autres patients sans qu'ils y voient du favoritisme ? Il est intéressant de noter que durant ma période d'enquête il s'agit d'un enjeu propre aux professionnels. Les professionnels ne m'ont pas fait part de remarques que leur auraient adressées les patients concernant l'autorisation à consommer de l'alcool accordée à Étienne ; de même, les patients avec qui j'ai pu discuter et qui étaient au courant de cette autorisation ne l'ont jamais évoquée ni même critiquée[404]. Les critiques liées au règlement ont porté sur les durées de séjour et l'interdiction d'alcool dans l'établissement, comme on l'a vu dans le chapitre 4.

2/ S'ouvrir à l'extérieur

Dans cette section, je me suis jusqu'à présent arrêté sur deux autorisations à consommer de l'alcool au sein de l'établissement. Je souhaite maintenant me consacrer à des pratiques et à des idées de professionnels qui, sans pour autant autoriser la consommation d'alcool entre les murs de la Villa d'Hestia, tendent, néanmoins, vers une reconnaissance de la qualité soignante de cet attachement pour certains patients. Elles ont pour point commun de s'ouvrir à l'extérieur des Lits Halte Soins Santé, de prendre en considération ce qui se passe en dehors de l'établissement, dans le quartier. Une première expérimentation est menée par Marie, une travailleuse sociale, qui accepte de délocaliser dans l'espace public l'atelier théâtre qu'elle anime afin qu'un patient puisse y participer tout en buvant de l'alcool (a). J'aborderai ensuite l'idée qu'ont les professionnels de garder les canettes de bière d'un patient qui se plaint de s'être fait voler celles qu'il a cachées dans le quartier (b). Cette pratique contribue à faire émerger l'idée de mettre en place une consigne, au sein de l'établissement, où tous les patients qui le souhaitent pourraient entreposer, en sécurité, leurs bouteilles ou leurs canettes (c).

[404] Je ne les ai par ailleurs pas questionnés pour savoir s'ils trouvaient cela « (in)juste ».

a/ Déplacer les répétitions théâtrales hors les murs

Marie est auxiliaire de vie sociale au sein des Appartements de Coordination Thérapeutique qui partagent avec les Lits Halte Soins Santé une partie du bâtiment de Villa d'Hestia. Jusqu'à septembre 2015, elle travaillait également une matinée par semaine (le vendredi) aux LHSS. Elle mettait en place des animations, organisait des temps conviviaux et profitait de ces moments pour échanger de manière informelle avec les patients. C'est d'ailleurs un vendredi matin, en pleine partie de baby-foot avec un patient des LHSS, que je l'ai rencontrée. Avant que je commence mon enquête de terrain, Marie avait mis en place un atelier théâtre avec quelques patients des LHSS. C'est dans ce contexte qu'elle a été confrontée à la question de la consommation d'alcool, comme elle me le raconte lors d'un entretien. Un patient, Robert, souhaite participer à cet atelier théâtre. Cependant, sans avoir bu de l'alcool, il ne s'exprime pas[405] : « Il avait envie de jouer mais le matin il ne pouvait pas jouer parce qu'il n'avait pas bu et il ne pouvait pas parler, il était complètement fermé. Et après, l'après-midi, si je le rejoignais au parc[406], il était super content, il pouvait se lâcher et il jouait. Il fallait qu'il ait bu pour qu'il puisse jouer, malheureusement. » Au commencement, Marie se retrouve dans une situation qu'on pourrait qualifier d'incertaine. Elle pressent l'envie de Robert de participer à l'atelier théâtre mais a conscience que le fonctionnement de cet atelier (le matin, au sein de l'établissement) entrave sa prise de parole en public. Comme l'écrivent Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet (2016), « l'incertitude oblige à définir le sens de l'action non pas avant mais pendant l'action elle-même. Ce qui exige alors que celle-ci fasse l'objet de réflexivité et que ce retour sur l'action en train de se faire, toujours discutable puisque jamais entièrement fondée, puisse être une mise en discussion ». Cette discussion pour définir « l'action qui convient » (Thévenot, 1990) est engagée par les trois autres patients qui participent à l'atelier théâtre :

> MARIE : J'y suis allée avec Pierre, José et un autre patient que tu n'as pas connu. Ce n'était pas évident parce que j'allais avec des gens qui ne buvaient pas à la rencontre de gens qui buvaient. Et les gens qui ne boivent pas ici, souvent ils ont du mal à supporter ceux qui boivent, forcément. Là c'est ceux qui ne buvaient pas qui allaient avec moi. J'ai trouvé ça beau que ça vienne de leur part. Ce n'est pas moi qui leur ai dit on va au parc, c'est eux qui m'ont proposé et je leur ai dit : « Ok, c'est une super idée, est-ce que vous êtes tous d'accord ? » Ils étaient d'accord, super. Donc on est

[405] J'ai aussi pu en faire l'expérience lors de mon enquête de terrain : il fallait qu'il boive ou qu'il ait bu pour qu'on puisse discuter ensemble.
[406] Le « parc » correspond au petit square que j'ai déjà décrit, situé à 200 mètres de la Villa d'Hestia. C'est cet espace qui fut au cœur de tensions avec des voisins du quartier, comme je l'ai analysé dans le chapitre 4.

> arrivé tous les quatre au parc et là c'était une grande surprise pour ceux qui buvaient et en fait ils nous ont accueilli, ils participaient, ils étaient tout content. Ça s'est super bien passé donc on y est retourné deux-trois fois. Moi je me faisais bien remarquer [*rire*]. Tout le monde te regarde. Donc forcément on faisait du bruit. Moi j'ai trouvé ça vraiment super intéressant d'aller voir les gens là où ils sont. En même temps ils avaient bu mais ça ne partait pas n'importe comment. Tu vois, ils n'étaient pas complètement saouls et on pouvait quand même travailler avec eux et c'était bien.

Au fil de cette thèse, nous avons croisé à plusieurs reprises Pierre et José. Il s'agit de deux personnes quotidiennement présentes dans les espaces partagés qui s'engagent dans de multiples discussions informelles avec d'autres patients. Par ailleurs, Pierre se préoccupe énormément de la participation des personnes sans abri à l'aide qui leur ait apporté. C'est d'ailleurs lui qui a eu l'idée, comme je l'ai déjà évoqué, de confier des appareils photos aux patients de la Villa d'Hestia ; et il m'a aussi transmis une version numérique de l'ouvrage de Saul Alinksy, *Manuel de l'animateur social. Une action directe non violente*. Au-delà d'un discours général et surplombant sur la participation aux soins des soignés, la situation décrite par Marie donne à voir une expérience où la professionnelle intègre et prend en compte, en situation, les retours des aidés dans la manière d'accomplir la relation d'aide (Gardella, 2017). Comme elle le dit, ce sont les patients qui formulent la proposition de délocaliser l'atelier théâtre dans l'espace public pour que Robert puisse y participer tout en buvant[407]. Elle reprend cette idée et la met en application. La voilà dans l'espace public, elle qui travaille habituellement entre les murs de l'établissement. Ce déplacement vers l'extérieur invite à interroger la « professionnalité », au sens où l'entendent Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet : « Avec la notion de professionnalité, le pas de côté que nous proposons ne consiste pas tant à analyser les rapports de conflits entre mandat prescrit et auto-mandat qu'à rendre compte des manières de *tenir ensemble* la même chose et son contraire, à savoir ce que l'on est dans l'obligation de faire et ce que l'on fait en réalité » (Ravon & Vidal-Naquet, 2018, p.75, je souligne). En se déplaçant là où boit Robert, Marie n'autorise pas la consommation d'alcool *dans* l'établissement. Néanmoins, elle tient compte de l'importance de l'alcool pour ce patient, reconnaît sa qualité soignante – en permettant la désinhibition, le produit favorise l'expression, les échanges et donc la participation d'une personne « complètement fermée » sans alcool – et l'intègre à l'animation. Elle maintient donc un interdit entre les murs de la Villa d'Hestia tout en adaptant sa manière de conduire l'atelier théâtre pour y laisser une place à la relation à l'alcool du patient. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, elle essaye de tenir

[407] Cette proposition participe pleinement de ce souci qu'ont les patients les uns pour les autres et que j'ai décrit dans le chapitre 4.

ensemble interdiction et autorisation de consommer de l'alcool. Ainsi, l'expérimentation de Marie invite à esquisser une nuance quant à l'interdiction de consommer de l'alcool à la Villa d'Hestia. On peut avancer l'idée qu'il existe une interdiction de consommer dans *l'établissement* plutôt que dans *l'institution*. L'interdiction est d'abord une interdiction dans un espace précis et clairement délimité, la Villa d'Hestia comme établissement au sens architectural du terme. C'est pourquoi autoriser un patient à boire à l'intérieur de l'établissement engage une réflexion et un accord au sein de l'équipe. Dans l'expérience de Marie, il ne semble pas y avoir eu ce genre discussion. Elle a pris cette décision *in situ* avec l'aide d'autres patients. Les rares fois où les professionnels sortent des murs, comme le fait ici Marie, ils représentent toujours l'institution mais les règles de l'établissement n'ont plus cours de la même manière et la consommation d'alcool peut potentiellement être acceptée. Cette distinction entre établissement et institution émerge aussi dans cette idée de Valérie, une aide-soignante qui, lors d'un entretien, réfléchit à voix haute à la possibilité pour les professionnels d'accompagner à l'extérieur des patients afin d'aller boire un café ou même une bière avec eux :

> VALERIE : Je verrai ça, une sortie comme avec l'éducateur par exemple ou moi-même mais peut-être plus avec l'éducateur, une sortie. Le but ce n'est pas d'aller se mettre des cartouches mais peut-être une sortie avec l'éducateur, aller boire un coup. Alors c'est vrai que s'il faut un professionnel de la santé purement… moi je le verrai plus comme ça mais après… […]. Se poser avec eux, prendre un café ou une bière. Ça je pense que ça peut même avoir un côté sympa pour le patient, le voir sous un autre angle qu'à la Villa parce que là on reste toujours au sein de la Villa. Ça peut peut-être nous permettre de le voir différemment, jusqu'où il est capable d'aller, de nous confier des choses. Enfin voilà, comme toute sortie qui peut se faire […]. Moi je pourrais très bien accompagner, si c'était dans l'idée, accompagner un patient… Par exemple, il doit aller acheter des cigarettes ben on va acheter des cigarettes, ça on l'a déjà fait, on le fait d'ailleurs, c'est arrivé qu'on le fasse quand un monsieur était là, il l'est plus maintenant, mais on l'accompagnait comme il était en fauteuil. Et pourquoi pas se dire à l'occasion de boire un verre, ce dont il a envie mais oui ça peut être aussi un moment d'échange, aussi bien pour l'éducateur, de son point de vue éducateur, autant pour moi d'un point de vue soignant. Voilà, je pense ça peut être pas mal. Sortie thérapeutique après on appelle ça…

Les propos de Valérie soulèvent un point qui donne un autre relief au déplacement de Marie. Les professionnels de la Villa d'Hestia ne sortent quasiment jamais de l'établissement. Hormis les deux travailleurs sociaux qui peuvent la quitter, notamment pour accompagner des patients vers des institutions qu'ils pourraient ou qu'ils vont intégrer à leur sortie des Lits

Halte Soins Santé, le travail hors les murs est assez rare[408]. Marie souligne l'apport qu'elle a perçu de cette mise en mouvement, d'aller vers les patients dans l'espace public

> MARIE : Les rejoindre là où ils sont. Et j'avais trouvé ça magnifique une fois… du coup j'étais allée les rejoindre et après j'avais dit à Robert : « Ce qui serait génial c'est qu'après vous puissiez rester et faire la même chose ici, à la Villa ». Et donc : « non non non non », enfin bref il était vraiment contre de jouer ici et donc une autre fois je suis allée au parc, donc là pareil il avait quand même bien bu et bien… tu vois, bien extériorisé [*rire*]. Et donc après je lui ai redis : « Ça serait bien de refaire ça à la Villa. » Il ne m'a rien dit. Après, tous les quatre, on est re-rentré et une demi-heure après il a débarqué, il est venu ici et il a joué sa réplique devant tout le monde et devant la cadre de santé. Il a dit : « Je voudrais qu'elle soit là ! » [*rire*] Et il a clamé haut et fort devant tout le monde. Super fier. Moi je me disais ouahou ouahou qu'il parte du parc, qu'il revienne ici, je me suis dit c'est gagné. Parce que du coup je l'ai rejoint et lui après il a pu… pour moi c'était une super réussite. Après bon c'est tout petit mais… [*rire*] […]. Là, le problème c'est que s'il n'avait pas bu il ne pouvait rien faire. Et après je me suis dit… parce qu'au début le but c'était quand même de faire une petite représentation et je me disais il serait incapable de jouer devant tout le monde, il fallait qu'il ait bu. Donc après je me disais qu'est-ce qu'on va faire ? Est-ce qu'on va lui permettre de boire pour pouvoir jouer ? Tu vois ce n'est pas évident. Il est complètement fermé s'il n'a pas bu et l'alcool malheureusement le libérait et il avait besoin de ça. Dans la mesure où il ne dépassait pas un stade c'est sûr mais boire ça l'aidait carrément. Malheureusement. C'est triste mais il avait besoin de ça, il ne pouvait pas faire autrement.

Si pour Marie il s'agit d'une « super réussite », son atelier théâtre dans le quartier reste « tout petit ». Et c'est pourquoi son expérience est semble-t-il peu partagée avec d'autres professionnels. Lors de l'entretien elle n'évoque pas si ce qu'elle faisait a été discuté ou pas avec des collègues. Lorsqu'avec Élodie Jouve nous présentons aux professionnels les premiers résultats relatifs à notre enquête sur l'alcool, nous reprenons l'exemple de Marie, sans donner son nom, pour mettre en débats les liens entre l'intérieur de l'établissement et ce qui se passe dans le quartier. À la fin de notre présentation, alors que tous les participants à cette journée de travail prennent le même chemin pour aller manger, Marie vient me voir. Elle me dit : « Je ne m'attendais pas à ce que tu parles de ça. Je ne pensais pas que ça en valait la peine ! [*rire*]. » Le travail d'enquête et le fait de présenter publiquement cette expérience confèrent de la valeur à une pratique peu valorisée par la professionnelle. Il est difficile d'expliquer avec certitude cette faible valorisation. Néanmoins deux éléments doivent être mentionnés. D'une part, comme je l'ai indiqué, Marie est d'abord une salariée des Appartements de Coordination Thérapeutique et intervient ponctuellement, une demi-journée par semaine, aux Lits Halte Soins Santé. Elle n'est pas dans l'équipe ; elle ne participe par

[408] Dans la section 3 de ce chapitre, je m'arrêterai sur le travail hors les murs de l'éducateur auprès d'Éric.

exemple pas aux réunions d'équipe hebdomadaire. D'autre part, elle est une travailleuse sociale dans un établissement où les professionnels paramédicaux sont majoritaires et relate une activité – l'atelier théâtre – qui semble *a priori* déconnectée de la mission d'accès aux soins des personnes sans abri. Selon moi, il s'agit bien ici de l'accomplissement d'un soin qui réunit à la fois le registre moral de la sollicitude et une dimension pratique, comme je l'ai défini en introduction en m'appuyant sur les théories du *care* (Tronto, 2009 ; Paperman & Laugier (dir.), 2011). On peut faire l'hypothèse que ces éléments ont contribué à une faible mise en partage de cette expérience avec d'autres professionnels et, par prolongement, à sa faible valorisation. Néanmoins, pour l'enquêteur, cette situation ouvre une question essentielle : quelle prise en compte, par les professionnels au sein de l'établissement, de ce qui se passe à l'extérieur ?

b/ Déposer ses canettes de bière en sécurité

Comme on vient de le voir, pour les professionnels, la question de l'alcool engage une réflexion sur l'intérieur et l'extérieur de l'établissement. Cette réflexion ne fait pas du dehors et du dedans deux entités séparées et clairement définies ; elle porte plutôt sur les passages, les seuils et les circulations des personnes et des objets. Le dehors et le dedans apparaissent ainsi comme imbriqués et ce qui se passe dans le quartier, à l'extérieur de l'établissement, ressurgit entre les murs de la Villa d'Hestia, comme le rappelle le problème rencontré par Sabri, sur lequel je vais m'arrêter.

Sabri est âgé de 51 ans. Il est arrivé fin mai à la Villa d'Hestia après s'être cassé la clavicule gauche en faisant une chute liée à une crise de tétanie. Sabri est « fatigué » de la vie à la rue – avant son admission aux Lits Halte Soins Santé, il dormait dans l'espace public – et voit dans son séjour à la Villa d'Hestia une occasion, à ne pas gâcher, pour sortir de la rue et accéder à un hébergement ou à un logement. C'est ce qu'il explique à l'assistante sociale, le 1er juin 2015, au cours d'une conversation informelle dans le coin fumeur :

> SABRI : Je peux tenir la route ici mais si c'est pour sortir et retourner à la rue ce n'est pas la peine, faut que je trouve quelque chose. Au moins un foyer, t'as ta clé, tu rentres quand tu veux, tu sors quand tu veux. Que ce ne soit pas ni à Vénissieux, Vaulx-en-Velin et compagnie là. Je ne sais pas. Il faut que je trouve quelque chose, il ne faut pas que je sorte sans rien. La rue c'est craignos, attention. Je ne veux pas y retourner, j'aimerai trouver quelque chose. On m'a parlé d'appart à 50 euros.
>
> ASSISTANTE SOCIALE : Où ça ?

SABRI : Ici. On m'a dit le nom mais je m'en souviens plus.

ASSISTANTE SOCIALE : Les ACT ?

SABRI : Ouais c'est ça, voilà, je me souvenais plus du nom. Ça veut dire quoi ACT ?

ASSISTANTE SOCIALE : Appartements de Coordination Thérapeutique.

SABRI : [*rire*] Ah ouais d'accord, ça ne veut rien dire en fait. Ben voilà apparemment il y en a un de libre, faudrait voir.

Sabri, qui boit quotidiennement de l'alcool, ne tient pas à se faire exclure de l'institution pour avoir bu entre les murs. Il veille donc à respecter le règlement. Mais, s'il essaye de s'y conformer, cela ne signifie pas pour autant qu'il approuve l'interdit en vigueur, comme en attestent ses remarques du 18 juin. Ce matin-là, je suis avec Sabri et Pierre dans le coin fumeur. Sabri formule explicitement ce qu'il reproche à l'institution vis-à-vis de sa gestion de l'alcool : « Eux, ils ne comprennent pas. Ils veulent qu'on arrête d'un coup mais ce n'est pas possible. Moi, j'ai vu des alcoologues, ils m'ont dit qu'on n'arrête pas comme ça. Sinon c'est le *delirium tremens.* » Il insiste sur le manque de compétences des professionnels en place et avance que « les meilleurs alcoologues sont ceux qui ont été dedans ». Pierre l'approuve, en soulignant l'importance d'avoir fait l'expérience de l'addiction pour en parler, pour donner des conseils et apparaître comme « légitime » auprès des actuels buveurs. Sabri souligne un paradoxe : l'alcool est une question centrale dans l'institution mais celle-ci n'a pas de réponses adaptées à apporter. Ses constats sont largement partagés par les professionnels de la Villa d'Hestia, comme nous l'avons vu dans la section 2 du chapitre 4. Cependant, la situation de Sabri va contribuer à l'émergence d'une nouvelle réponse comme je vais maintenant le montrer.

Le 9 juin, je passe une longue partie de la matinée à discuter avec lui dans le coin fumeur de l'établissement. Nos échanges sont parfois interrompus par l'arrivée de professionnels ou de patients qu'il se fait un malin plaisir d'interpeller et de charrier, dès qu'il en a l'occasion. Au cours des deux heures que je passe avec lui, il répète à plusieurs reprises ce qu'il a vécu hier. Après être allé boire dans l'espace public, comme il le fait tous les après-midi, un autre patient lui donne une canette de bière fermée alors qu'il est encore dehors. N'ayant pas envie de la boire, Sabri rentre dans l'établissement avec la canette toujours fermée à la main dans l'idée de la cacher dans sa chambre et de la boire plus tard, probablement le lendemain après-midi quand il retournera dans l'espace public. Manque de chance, en franchissant la porte de

l'établissement, il tombe nez-à-nez avec la cadre de santé qui le surprend donc avec ce produit interdit et le convoque instantanément. Il faut rappeler ici que ce n'est pas seulement la consommation d'alcool qui est interdite dans l'établissement mais aussi sa possession. Sabri suit donc la cadre de santé dans son bureau. N'étant pas présent à ce moment-là, je n'assiste ni à cette scène ni à l'interaction qui s'en suit. Néanmoins, à partir de discussions informelles avec la cadre de santé et avec Sabri, il est possible de retisser les fils de ce qui se joue dans cette interaction ; « non pas en vue de déterminer "ce qui s'est réellement passé", mais en vue de révéler la diversité et la profondeur des perspectives des membres sur l'évènement » (Emerson, 2003 [1981], p.408). D'abord, la cadre de santé ne se formalise pas de cet impair au règlement. Quand je la questionne sur cette situation, elle retient d'abord que Sabri était gêné, mal à l'aise, « très embarrassé » de s'être fait surprendre avec cette canette dont il craignait qu'elle pourrait constituer un motif d'exclusion. Rassuré sur le fait qu'il ne serait pas exclu, la conversation s'est semble-t-il poursuivi dans une « bonne ambiance » et a permis de discuter « sérieusement » du rapport à l'alcool de Sabri, toujours selon les mots de la cadre de santé. Lors de cette rencontre, la cadre de santé lui formule une proposition : s'il le souhaite, quand il rentre à la Villa d'Hestia, il peut laisser aux infirmiers ou aux aides-soignants des canettes de bière qu'il n'aurait pas consommées et qui lui seraient rendues le lendemain après-midi à sa sortie. Cette idée répond au problème pratique que rencontre actuellement Sabri et qu'il me décrit le lendemain de son échange avec la cadre de santé :

> SABRI : J'ai failli être viré, on m'a donné une bière ici. Heureusement le gars il a porté ses couilles, il a dit : « C'est moi qui l'ai donné à Sabri. » Et elle était fermée, je ne comptais pas la boire. Être viré pour une bière… […]. Tu sais, je ne vais pas me griller pour une bière, je n'ai pas besoin de ça moi ! Là je me suis fait engueuler, j'ai un avertissement. J'ai rentré une bière. Pourquoi ? Parce que j'en ai bu que la moitié d'une, j'ai les yeux plus gros que le ventre et c'est surtout par deux fois… T'as vu j'ai une gâche dehors et par deux fois je ne les ai pas retrouvées. Donc je me dis je vais la rentrer, ils ne m'ont pas fouillé j'aurais pu la monter dans la chambre et la cacher et comme un con je suis rentré avec à la main. Ce n'était pas pour la boire. J'en avais ras le bol, tu sais maintenant je bois de moins en moins.

Sabri explique pourquoi il a rentré une bière : à cette période-là, il boit moins. Pour avoir passé des après-midi avec lui j'ai pu observer qu'il buvait une à trois canettes de 50cl. Il réduit sa consommation, sans pour autant l'arrêter. Lorsque je lui demande de m'expliquer cette réduction, il évoque qu'il en a « moins envie » en raison des premières chaleurs et de la « fatigue » qu'il ressent et dont il ne cesse de me parler. En buvant moins, il se retrouve avec des canettes pleines qu'il a achetées. Que faire avec elles ? Sabri mentionne qu'il en a déjà

cachées dans l'espace public mais qu'il ne les a jamais retrouvées. Les planques à l'extérieur, dans le quartier, sont fragiles et vulnérables. C'est pourquoi il serait rentré avec la canette qui lui a été donné par un autre patient. L'anecdote de Sabri n'est en rien anecdotique, elle est porteuse, au contraire, d'une force propositionnelle qu'il s'agit d'écouter et de *considérer*. Les propos que me tient Sabri sont apparemment proches de ceux qu'il a émis la veille à la cadre de santé. En effet, comme me l'explique cette dernière, la proposition qu'elle lui a formulée est une conséquence du fait qu'il n'a pas retrouvé ses canettes dans l'espace public et qu'il est rentré dans l'établissement avec une canette pleine. Elle prend en considération cette expérience au sens où l'entend Marielle Macé (2017). La cadre de santé se met à l'écoute de l'idée sous-jacente présente dans le récit de Sabri : si l'alcool est interdit dans l'institution, si la découverte d'une consommation ou d'une bouteille pleine ou entamée de la part des professionnels peut entraîner des sanctions, l'établissement peut aussi s'avérer protecteur pour mettre à l'abri des canettes qui seront bues plus tard, hors les murs. De l'expérience de Sabri émerge donc une nouvelle manière de faire, une nouvelle manière de penser la place de l'alcool dans l'établissement. La transgression initiale du règlement par Sabri ouvre sur une « négociation » qui permet un « aménagement » de la règle (Thuderoz, 2010, p.278). D'ailleurs, plus tard après l'échange entre Sabri et la cadre de santé, je quitte la Villa d'Hestia avec cette dernière. Sur le trajet, en voiture, nous discutons de sa rencontre avec Sabri et, plus généralement, de la question de l'alcool dans l'institution. En évoquant la proposition qu'elle a formulée à Sabri, elle évoque l'idée d'une « consigne où les personnes pourraient laisser leurs bouteilles ». Considérer la personne c'est aussi considéré les objets – comme la bouteille – auxquels elle est attachée, qui portent sa trace[409]. Cette idée n'est pas nouvelle. La cadre de santé avait commencé à m'en parler le 4 juin quand elle m'a proposé d'engager une réflexion avec l'équipe sur la cogestion de l'alcool dans l'institution. La situation de Sabri et le problème pratique qu'il rencontre avec les canettes qu'il n'a pas bu deviennent l'occasion d'expérimenter cette idée. Ainsi, à quelques reprises Sabri confie des canettes qu'il n'a pas bues aux professionnels qui les gardent en salle de soin. L'idée ouvre sur une expérimentation pour un patient avant de s'élargir à d'autres, comme nous allons le voir.

[409] C'est une idée que je reprends à Florence Weber qui écrit, en préface de l'*Essai sur le don* de Marcel Mauss, que « la chose qui circule a gardé en elle la trace des personnes entre lesquelles elle a circulé » (Weber, 2012d).

c/ Penser l'intérêt général d'une expérimentation particulière

Au cours de mon enquête, je n'ai pas pu observer d'échanges directs entre les professionnels autour de cette idée. C'est plutôt au cours d'entretiens que je conduis avec eux sur la place de l'alcool que sont évoquées et discutées l'expérimentation conduite avec Sabri et, plus généralement, la possibilité de déposer l'alcool dans un espace de l'établissement[410]. Pour les professionnels qui en parlent et qui y voient une réponse intéressante, il s'agit de *désingulariser* ce qui se fait avec Sabri pour envisager les bienfaits d'un tel dispositif pour d'autres patients. L'alternance entre la troisième personne du singulier et la troisième personne du pluriel marque ce travail généralisation, comme le montre cet extrait d'un entretien conduit avec Mathilde, une aide-soignante :

> MATHILDE : Je ne vois pas d'autre façon de gérer ça en fait, à part qu'ils amènent, qu'ils déposent leur alcool en arrivant, que ce soit plus une question de gestion, quelque chose comme ça. Mais après je ne vois pas comment on pourrait gérer autrement. Tu vois de laisser…
>
> GABRIEL : Donc un lieu…
>
> MATHILDE : Ouais j'imagine plus un lieu de dépôt on va dire, tu vois. Ça éviterait qu'ils y rentrent en cachette *et cætera*. Ça peut être ça aussi. Et puis après, ils peuvent… Je sais qu'on a eu un patient où on faisait ça aussi, il ne venait pas consommer en salle mais par contre il rentrait et il posait son alcool et quand il sortait il demandait ce qui était à lui. Pourquoi pas ? Là on n'avait plus… c'était juste un lieu de dépôt et du coup ben il nous faisait confiance pour déposer son alcool. On avait essayé ça aussi. Et il n'y avait pas de consommation dans l'établissement, en salle de soins. C'était juste un dépôt.
>
> GABRIEL : Pour ce patient, quels étaient les retours ?
>
> MATHILDE : Pour la personne pour laquelle on l'avait fait ouais ça lui allait en tout cas. Ça lui allait. Parce qu'effectivement ils te disent : « Ouais mais j'ai acheté à l'extérieur qu'est-ce que j'en fais en rentrant ici ? » Tu vois, il y a ce problème là aussi. Ça représente une somme pour certains. Sans qu'ils veuillent consommer ici mais du coup il faut qu'ils y posent quelque part aussi. Donc ça voilà, c'était sympa. Après ça demande un lieu, un bar, une pièce réservée pour ça [*rire*], on n'a déjà pas beaucoup de place [*rire*].

[410] Si cela est difficile à mesurer, je participe en tant que sociologue au déploiement d'une telle expérimentation. Comme je l'ai indiqué dans le chapitre 1, j'effectue des micro-restitutions au cours de mon enquête où j'évoque avec des professionnels des idées et des façons de faire que d'autres ont partagées avec moi ; celle d'une consigne fut souvent discutée. En la rendant accessible de manière anonymisée je contribue à ce que les professionnels y réfléchissent, se l'approprient et la transforment.

Ainsi, tout en décrivant la manière dont cela s'est passé avec Sabri (puisque c'est elle la « personne » dont elle parle), Mathilde souligne l'intérêt d'une telle pratique notamment eu égard au coût financier que peut représenter la perte de canettes ou de bouteilles pour des patients qui ont peu de revenus[411]. Il s'agit ici d'un premier argument, d'ordre financier. Pour Magalie, une infirmière, un lieu au sein de l'établissement où entreposer son alcool pourrait rassurer certains buveurs lorsqu'ils ressentent le manque. C'est ce qu'elle pense en s'appuyant sur une expérimentation conduite dans un centre d'hébergement de l'agglomération lyonnaise, la Chardonnière ; en effet l'enquête des professionnels se nourrit d'autres enquêtes et d'autres expérimentations menées dans des institutions d'hébergement accueillant des personnes sans abri :

> MAGALIE : Ils avaient mis en place une sorte de boîte aux lettres où ils pouvaient ranger leurs bouteilles d'alcool. Pas le droit de boire dans la structure mais au moins de les avoir pas loin comme ça si jamais ils sentent poindre le manque ils ne flippent pas et ils savent qu'ils ont leurs bouteilles pas loin. Donc ça permettrait d'élargir un peu le cadre tout en restant assez ferme. Et apparemment ça marchait plutôt bien mais bon pour avoir plus de détails… En tout cas, pour moi ça fait sens ce genre d'idée.

D'une certaine manière, la consigne permettrait le maintien de l'attachement à l'alcool au sein de l'institution, sans consommation d'alcool. Au-delà de ces intérêts, Hugo, un des infirmiers, y décèle d'autres avantages. D'une part, il estime que l'existence d'un lieu où déposer son alcool en sécurité, avant de le récupérer le lendemain, permettrait d'éviter que des buveurs « se sifflent tout leur stock » juste avant d'entrer à la Villa d'Hestia. D'autre part, il pense qu'une telle pratique peut contribuer à « déculpabiliser les consommations » :

> HUGO : Ça avait l'air de fonctionner pas trop mal [*le fait de garder les canettes de bière de Sabri*]. Et puis justement ça déculpabilisait les consommations, ce n'était pas… on ne vous traque pas, c'est juste qu'à l'intérieur vous faites la pause après c'est à vous, vous faites ce que vous voulez, vous le reprenez et il n'y a pas de souci, on n'est pas là à compter.

Pour comprendre ce que signifie ici l'usage du verbe « déculpabiliser », il faut revenir plus généralement sur le positionnement d'Hugo vis-à-vis de l'alcool. Il ne croit pas en un « interdit absolu » de l'alcool, de sa possession et de sa consommation. Selon lui, il est contre-productif : des personnes boivent malgré tout dans l'institution et il peut bloquer des

[411] Précisons que sur l'année 2015, à l'entrée dans l'établissement : 63% des patients étaient sans ressource ; 14% au RSA ; 9% bénéficiaient d'une retraite ; 9% avaient une Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ; 4% étaient au chômage ; et 1% avaient une Allocation Temporaire d'Attente (ATA).

personnes qui souhaiteraient discuter de leurs consommations avec les professionnels, comme il me l'explique :

> GABRIEL : Par rapport à ce que tu dis, tu parles de « traquer », « prendre sur le fait », *et cætera*. Quel impact a ce contexte sur les échanges que t'as avec les patients autour de l'alcool ?
>
> HUGO : Souvent effectivement le… enfin la plupart des personnes… nous, enfin les établissements et ici, quand on a cette posture de traque du coup en parallèle les gens ont une posture un peu de traqué, tu vois ? Quand il y a une histoire d'alcool tout de suite c'est : « Ah merde je me suis fait avoir, ils m'ont pris, ils m'ont eu », parce qu'ils savent que c'est interdit donc du coup ils savent qu'ils ont transgressé un interdit donc ils se mettent dans cette posture de cacher les choses et de… du coup je trouve que c'est beaucoup d'énergie de perdue de part et d'autre pour quelque chose qui des fois serait banal en fait […] Du coup, après t'en parles même pas. C'est par exemple le cas de ce patient qui a été surpris en train de boire et qui est parti de lui-même anticipant une exclusion…

Une consigne où entreposer l'alcool permettrait de « déculpabiliser les consommations » au sens où le produit serait pris en compte dans l'institution, reconnu comme une « caractéristique » de certains patients qui nécessite, pour les professionnels, de « faire avec », pour reprendre les termes employés par Hugo. Récupérer, garder, rendre une canette ou une bouteille pourraient représenter un « prétexte » (Jouve & Pichon, 2015, p.51), à l'instar de la consommation d'alcool en salle de soins, pour échanger sur le produit ou sur un tout autre sujet. Il s'agirait alors pour les professionnels de se saisir de l'attachement à l'alcool de certains patients pour *soigner la relation* qu'ils entretiennent avec eux. Dans ces situations, l'importance du produit pour les patients est reconnue par les professionnels et l'institution. L'expérimentation menée d'abord avec Sabri se poursuit avec d'autres patients et, à partir de 2016, si ces deniers n'ont toujours pas le droit de garder de l'alcool dans leurs chambres, il existe officiellement une « consigne » – la salle de soins des infirmiers – où les personnes peuvent demander à laisser leurs canettes ou leurs bouteilles avant de les récupérer quand elles le souhaitent. Les épreuves rencontrées dans la relation de soin sont ainsi susceptibles de modifier l'institution.

***

Cette section a été l'occasion de décrire et d'analyser l'émergence et la réalisation de plusieurs expérimentations cherchant à accorder une place à l'alcool dans l'institution. Elles apparaissent comme fragiles, provisoires et incertaines. Elles témoignent des manières de travailler des professionnels qui accomplissent le soin par tâtonnements, par une série d'essais-erreurs qui permettent d'ajuster les réponses apportées aux patients. Chacune à sa manière, ces expérimentations reconnaissent une qualité soignante à cet attachement à l'alcool : boire quelques verres en salle de soins ou confier temporairement sa bouteille aux professionnels peut permettre de mieux appréhender ou supporter le manque ; l'alcool peut participer à des « soins de confort », aider à supporter des douleurs et faciliter, plus généralement, l'acceptation d'autres soins proposés par l'institution ; enfin, il peut aussi, grâce à ses vertus désinhibitrices, simplifier la mise en relation et l'échange entre le patient et les professionnels ou entre les patients. Ces pratiques, au cœur des manières de faire des professionnels soignants, viennent requestionner les limites, les bords de l'institution et de son cadre règlementaire. Par la transgression de l'interdit, « [s'exprime] une prétention, ou une préférence pour une autre règle (ou une autre interprétation ou application de celle-ci) » (Thuderoz, 2010, p.279). Les transgressions conduites au cours de l'année 2015 et la mise en partage des expérimentations par l'ethnographie coopérative, présentée dans le chapitre 1, amènent les professionnels à retravailler le règlement, comme l'écrit la cadre de santé de la Villa d'Hestia, dans un article réflexif autour de l'alcool :

> « La notion "d'alcool interdit" est en voie d'être remplacée par celle "d'alcool réglementé" et la notion de "gestion de l'alcool" est en train de devenir un "accompagnement dans la réduction des risques". Les mots ont leur importance et donnent corps aux réajustements dans l'accompagnement. L'utilisation du mot adéquat chez le professionnel permet de réajuster la pratique et d'être plus au clair dans l'application du règlement. Comment faire du cas par cas si l'alcool est interdit ? Il y avait là une forme de transgression du cadre par le professionnel lui-même. Le terme de réglementation tient compte de la situation singulière du patient et permet un accompagnement adapté, dans un cadre de soin fixant lui-même des règles contrairement à l'interdiction qui portait en elle la soumission à une loi autoritaire. Quant à la notion d'accompagnement dans la réduction des risques qui remplace la gestion de l'alcool, là aussi la situation peut être analysée par "les risques auxquels la personne est confrontée" au cours de ses alcoolisations. Les identifier avec le patient permet également de réajuster le positionnement professionnel dans leur accompagnement. Faire rentrer l'alcool, "objet du trouble", à l'intérieur des murs et lui trouver une place a été également débattu. C'est au final dans la salle de soins que l'alcool est entreposé, l'existence d'une consigne est officielle » (Baligand, 2016, p.206).

Le départ de la cadre de santé, à l'été 2016, et les nombreux changements d'équipe en 2016-2017 freinent ce travail sur le règlement. Néanmoins, cet extrait montre l'orientation prise à la suite de la réflexion collective engagée à l'automne 2015. À travers ces modifications subtiles de vocabulaire, il ne s'agit pas d'autoriser l'alcool dans l'établissement. Il s'agit, plutôt, d'ouvrir un espace qui reconnait la démarche expérimentale des professionnels. « Alcool règlementé » et « accompagnement dans la réduction des risques » sous-entendent que l'alcool peut avoir sa place – sous différentes formes – dans une prise en charge particulière. De manière symétrique, cela signifie également que l'alcool peut rester complètement interdit pour un patient. C'est d'ailleurs ce point que je vais aborder dans la dernière section de ce chapitre.

Section 3 – Essayer d'empêcher la consommation d'alcool

En parallèle des expérimentations menées par les professionnels qui tendent vers une reconnaissance de la qualité soignante de l'attachement à l'alcool pour certains patients, il existe des formes de jugement qui nient cette qualité, voire même définissent une nocivité de l'alcool. C'est à ces derniers que cette section est consacrée. Celle-ci est un peu particulière, au sens où elle se focalisera uniquement sur la situation d'un patient, Éric. Âgé de 63 ans, il est entré à la Villa d'Hestia en avril 2014 après s'est cassé, coup sur coup, les deux jambes. Au cours des mois d'août et septembre 2015, Éric n'est plus autorisé à sortir seul de l'institution ; c'est la réponse trouvée par l'équipe pour empêcher ses consommations d'alcool souvent excessives. Dans un premier temps, cette interdiction a des effets bénéfiques sur le patient et un projet de soin émerge (1). Cependant, cette première période laisse progressivement la place à une phase conflictuelle entre les professionnels et Éric qui se termine par son exclusion et son retour à la rue (2). Cette section cherche à rendre compte des dernières semaines du séjour d'Éric afin de rendre compte des évolutions de sa prise en charge, problématisée par les professionnels autour de la consommation d'alcool du patient, et de la « dépossession de soi » (Weber, 2012c) qui s'opère. Même si toutes les situations engageant ou concernant Éric n'ont pas pu être observées, l'enquête permet de restituer une dynamique à partir de quelques moments vécus.

1/ Les bénéfices d'une protection sous contrainte

Au mois d'août 2015, les professionnels interdisent Éric de sortir seul de l'institution pour limiter ses consommations d'alcool, au nom de la protection de son état de santé, lui qui boit souvent de manière excessive et qui se met en danger (a). Suite à cette interdiction, une première phase, jugée positive par les professionnels, s'ouvre : le patient lui-même reconnait qu'il se sent physiquement mieux et se projette avec eux vers une opération en vue de pouvoir remarcher (b). Coupé de son attachement à l'alcool, Éric doit redéfinir ce à quoi il tient dans l'environnement et ce qui va lui permettre de tenir au quotidien : il passe de plus en plus de temps avec les chats, comme on l'a vu dans la section 1 de ce chapitre, mais aussi avec moi. Dans une période où j'invite les patients à prendre des photos, il se saisit de l'appareil photo et y trouve un prétexte pour sortir de l'institution (c).

a/ Des alcoolisations excessives au fondement de l'interdiction

Le mercredi 30 septembre 2015, Éric est exclu de la Villa d'Hestia. Cet après-midi-là, je réalise un entretien avec Thierry, le médecin de l'institution, sur la question de l'alcool. Forcément, la situation d'Éric est abordée. Il synthétise en quelques phrases les dernières semaines du patient aux Lits Halte Soins Santé et les décisions prises par l'équipe :

> THIERRY : Et puis on peut se baser sur l'exemple d'aujourd'hui [*exclusion d'Éric de la Villa d'Hestia*] puisque… ce monsieur qui était là à plusieurs reprises, mais dont le dernier séjour a duré largement un an, puisqu'on avait admis que dans l'état où il se mettait, finalement, le moindre mal qu'on pouvait lui proposer c'est de le garder à vie en considérant ça quasiment comme un soin palliatif et que malgré ça, il a continué de s'alcooliser de façon gravissime tous les soirs si on le laissait sortir, au point de se retrouver aux urgences, de revenir en ambulance… […] Il s'abîmait. Et la seule chose qu'on a trouvé à faire c'est de l'empêcher de sortir [*rire*] ce qui a fait germer cet espèce d'espoir que, tout d'un coup, il se transformait et lui-même y a cru, pendant quinze jours on va dire, réclamant de la chirurgie. On l'a accompagné jusqu'à la chirurgie et puis évidemment, au pied du mur, il a re-bu de façon clandestine à l'intérieur, à plusieurs reprises et malgré les rappels à l'ordre ben voilà, il a tellement tiré sur la ficelle que le cadre a enfin existé et il s'est retrouvé exclu.

Considéré comme trop vulnérable pour réintégrer un centre d'hébergement comprenant uniquement des travailleurs sociaux, l'équipe de la Villa d'Hestia décide de le garder en long séjour. Il est trop vieux et en trop mauvaise santé pour pouvoir intégrer un centre d'hébergement et pas assez vieux pour être accueilli dans une institution d'hébergement réservée aux personnes âgées (Coulomb, 2020). De plus, son addiction à l'alcool, si elle est

connue des décisionnaires en charge de l'admission dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), constituerait un frein pour accéder à une telle institution et un critère de « démobilisation » : il représenterait un « mauvais patient » (Wolff, 2018). Ainsi, à l'instar de Monsieur Palay, sa prise en charge s'inscrit dans un accompagnement sans fin.

Comme j'ai pu l'esquisser précédemment, le quotidien d'Éric est plutôt bien réglé : le matin, il passe du temps dans les espaces partagé, notamment le coin fumeur, où il s'engage dans de multiples discussions aussi bien avec les autres patients qu'avec les professionnels. Éric est un personnage de l'institution et tout le monde le connaît. L'après-midi, il sort avec d'autres patients dans le quartier où ils boivent ensemble tout en discutant. Ils vont de temps en temps dans un bar, mais s'installent plus généralement dans le petit square. Ses consommations d'alcool sont souvent excessives ; il n'est par exemple pas en mesure de rentrer seul et doit se faire raccompagner par d'autres patients ou des passants qui habitent le quartier. Comme le souligne le médecin de la Villa d'Hestia, il s'alcoolise de façon « gravissime » et cette manière de boire à des conséquences sur sa santé. Ce discours, que j'entends chez les professionnels de l'institution depuis le début de mon enquête, j'en fais pleinement l'expérience le 23 septembre 2019. À cette période, Éric est en conflit avec l'équipe qui l'interdit de sortir seul de l'établissement et boit en cachette à l'intérieur des murs de la Villa d'Hestia. Ce jour-là, aux alentours de 19h, Audrey, une aide-soignante, surprend deux patients, dont Éric, en train de boire dans la chambre de ce dernier. Alerté par « l'odeur de cigarette », comme elle me le dira *a posteriori*, elle est rentrée dans la chambre et les a vus avec deux bouteilles de Villageoise, l'une vide, l'autre à moitié consommée, qu'elle a récupérées sans ambages. Alexandre, âgé d'un trentaine d'années, qui supporte mieux l'alcool, ne subit pas d'interdiction pour se rendre au réfectoire pour diner ; Éric, trop saoul et somnolant sur son fauteuil roulant, reste dans sa chambre car il n'est pas en mesure de manger. Quelques minutes plus tard, Audrey appelle Hugo, un infirmier, qui distribue les médicaments dans le réfectoire, avec un stagiaire infirmier car entre temps Éric est tombé de son fauteuil et elle a besoin d'aide pour le relever. J'arrive avec Hugo dans sa chambre. Ce dernier est étendu au sol, sur le ventre, l'aide-soignante accroupie à ses côtés. Cette vision est perturbante pour moi – mon sentiment est renforcé par le fait que les volets sont fermés et que la chambre n'est pas éclairée – et pendant quelques secondes je me demande si Éric est toujours conscient. En nous voyant elle nous adresse une grimace, se relève et c'est Hugo qui prend sa place près du visage d'Éric. Il le pince au niveau du bras : « Éric, vous sentez ? [*Il*

émet un léger son indistinct] Ouais à peine… » Audrey pousse légèrement le lit afin de leur laisser davantage de place pour le relever. La première étape consiste à mettre le patient sur le dos : l'infirmier le retourne par les épaules, l'aide-soignante par les jambes. Dans un deuxième temps, Hugo prévient : « Éric, on essaye de se remettre assis d'accord ? » Il le relève en soutenant son dos. Éric émet un long râle que l'infirmier décrypte : « Il faut que le sang remonte un peu. On va attendre ! » Ils restent une trentaine de secondes dans cette position. Dernière étape : allonger Éric sur son lit. L'infirmier précède chaque geste d'un commentaire sur ce qu'il s'apprête à faire : « Éric, on va vous remonter dans le lit. » Hugo le soulève au niveau des aisselles, Audrey le tient par les jambes et à deux ils arrivent facilement à porter Éric et à l'allonger sur le lit. Une fois allongé, Hugo lui dit : « Vous êtes parfaitement cuit. Archi cuit ! » Éric semble essayer de dire quelque chose mais nous ne comprenons pas. L'aide-soignante interroge l'infirmier : « On va finir de distribuer là-bas [*au réfectoire*] parce qu'ils sont tous les deux et puis après on reviendra. Ou alors on le change maintenant ? » Hugo lui répond qu'il a demandé à l'agent de service hospitalier (ASH) et au stagiaire infirmier s'ils se sentaient de gérer à deux dans le réfectoire et qu'ils l'appelaient s'ils avaient besoin d'aide ; ils décident donc de le changer. Je ferme la porte, à la demande d'Audrey, qui était restée jusque-là entrouverte. Alors que l'aide-soignante cherche une protection dans le placard de la chambre, Hugo remarque que la radio est allumée et qu'une musique sort du poste. Il monte le son et interpelle Éric, avec ironie : « C'est parce que vous écoutez une musique de cinglé aussi [*de la musique techno sort du poste*]. C'est vous qui écoutez ça Éric ? Je suis étonné. » Audrey lui répond : « Promis, ce n'est pas moi ! » Nous rigolons. Ces remarques humoristiques détendent l'atmosphère, aident à encaisser et à supporter la dureté de la situation en la dédramatisant (Ladsous, 2010 ; Besson, 2010). Il ne s'agit pas de se moquer, de rire aux dépens du patient mais, plutôt, d'évacuer une tension pour faire face. Ces remarques visent aussi à provoquer le patient afin de susciter une réaction. Le « mouvement d'enveloppement » qu'accomplissent les professionnels auprès de la personne en situation « d'épuisement capacitaire », est à la fois physique et verbal :

> « Il reste que les intervenants le poussent à agir et réagir, par des mots censés titiller son amour-propre ou par des gestes qui lui donnent un peu d'élan. Ces quelques légères provocations associent assez systématiquement à la dimension de la passivité celle de la générativité, elles touchent à plusieurs registres d'engagement dans le monde, elles tentent de faire basculer les perceptions du sens de la durée » (Breviglieri, 2010).

Après avoir monté le son, l'infirmier le rebaisse sans pour autant arrêter la radio. Il vient aider

Audrey qui retire le jean d'Éric, enlève sa protection, le nettoie avec un gant qu'elle a préalablement mouillé, le sèche avec une serviette avant de lui mettre une protection propre. Ils relèvent le drap sur ses jambes nues et décident de s'arrêter là, l'aide-soignante prévenant néanmoins Éric : « On repasse après pour s'occuper de vous, ok ? » Hugo sort en dernier de la chambre : « À tout à l'heure Éric ! » La porte fermée, l'échange s'engage dans le couloir entre l'infirmier et l'aide-soignante. Hugo demande s'il était déjà comme ça quand elle l'a trouvé en train de boire. Audrey lui répond qu'« il n'était pas net, c'est sûr » mais qu'il était assis. Hugo répond en soulignant le contraste avec Alexandre que nous avons croisé dans le réfectoire avant de venir dans la chambre d'Éric : « Il y en a un qui tient mieux que l'autre. Parce que le jeune il est à table, tranquille, pimpant. Là il était fracassé ! » Je repense aux propos d'Audrey. Trois jours plus tôt, au cours d'un entretien, l'aide-soignante m'expliquait la difficulté, au regard de son poste, à s'occuper en fin de soirée de patients très alcoolisés et prenait, déjà, l'exemple d'Éric :

> AUDREY : C'est une charge de travail pour nous. C'est… enfin moi je vois de mon corps de métier. Nous, Éric quand il rentre alcoolisé, là moins, mais quand il rentrait alcoolisé, complètement uriné de la tête aux pieds ou des selles ou autres voilà c'est nous… on était vraiment au premier plan. Après c'est la difficulté de là… Après t'as l'impression de faire que ça, de ramasser de la viande saoule le soir. Quand t'es du soir, on avait cette impression-là. On ne faisait rien d'autre avec lui. Donc là on est même plus soignant parce que bon n'importe qui peut changer, tu vois, on n'a plus notre rôle de soignant du tout.

Les propos d'Audrey soulignent une différence entre les professionnels : tous les « corps de métier » ne sont pas confrontés de la même manière à l'ivresse des patients ; ils ne sont pas exposés de la même manière au « sale boulot », ces tâches « physiquement dégoûtantes » ou qui « symbolisent quelque chose de dégradant et d'humiliant » (Hughes, 1996 [1951], p.81). Les aides-soignants, qui assurent l'hygiène des corps, sont en première ligne quand les corps, sous l'effet de l'alcool, deviennent incontrôlables, se salissent et sont dégradés par les excréments. Ce dégoût, au cœur de l'activité soignante mais qui reste pourtant tabou (Vollaire, 2011 ; Memmi, Raveneau & Taïeb (dir.), 2016), constitue une épreuve sensible, visuelle et olfactive. Mais le sentiment de répulsion – dont témoigne l'expression « ramasser de la viande » qui assimile le corps humain à l'animal – est maîtrisé et les gestes du soin demeurent, comme nous l'avons vu lorsqu'Audrey agit auprès d'Éric : la professionnelle aide, supporte, porte, relève, nettoie, lave et change le patient. Lors de l'entretien, Audrey exprime un dégoût mais, en situation, le « dégoût [est] contrôlé » (Gardella, 2019b). Je fais

l'hypothèse que ces expériences des corps, et le dégoût qu'elles suscitent, permettent de comprendre les réticences d'Audrey à accepter les autorisations de consommer de l'alcool à la Villa d'Hestia. En effet, elle est l'une des professionnels qui tient le plus à l'interdit règlementaire : comme nous l'avons vu dans la section 2 de ce chapitre, elle est par exemple la seule à m'avoir explicitement dit qu'il faudrait revenir sur l'autorisation de consommer de l'alcool accordée à Étienne dans le cadre de ses soins palliatifs. L'expérience des patients en état d'ivresse met à mal ses conceptions du rôle de soignant – « on est même plus soignant » – qui sont éprouvées, perturbées et mises en doute et rencontrent une usure professionnelle qui « se manifeste non pas par la perte du geste professionnel, mais par celle du sens du métier » (Ravon, 2012, p.100).

Revenons à la situation du 23 septembre 2015. Une dizaine de minutes après être sorti de la chambre d'Éric, je me retrouve seul avec Hugo à l'entrée du réfectoire. Il fait référence à l'entretien que j'ai eu avec lui la semaine précédente : « Tu vois, on retombe sur ce qu'on s'est dit. Il ne sait pas boire ! Il se met des caisses… Il boit trois verres, il s'écroule. » L'infirmier ne juge pas le produit consommé mais la manière dont celui-ci est bu. Ce qui pose problème ce n'est pas qu'Éric consomme de l'alcool mais, plutôt, qu'« il ne [sache] pas boire ». Il semble en effet exister un décalage entre la quantité d'alcool qu'il boit et ce que son corps est en mesure de supporter. Il est difficile d'expliquer le *pourquoi* de cette consommation souvent excessive d'alcool. Une hypothèse, articulant alcoolisation et question identitaire, est avancée par des professionnels. Pour cela, il faut remonter à l'automne 2013, alors que je conduis mon enquête de terrain à l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. À cette époque, je n'ai encore jamais rencontré Éric mais entend parler régulièrement de lui. Le 18 novembre 2013, avec l'infirmier de l'Équipe Mobile, nous nous rendons à Cléberg, le centre d'hébergement où vit Éric. Il vient d'être exclu 15 jours pour avoir frappé un autre hébergé. Ilyan, l'infirmier que j'accompagne, échange avec un travailleur social. Ils évoquent des caractéristiques identitaires qu'il revendiquerait – « Je suis un bonhomme », « Je suis un manouche », « Je suis un bagarreur », « Je suis un gars de la rue qui picole » – et les mettent en décalage avec son état de santé : « Il joue au dur, au flamboyant mais physiquement ça suit plus ! » L'alcoolisation participerait alors d'une « mise en scène de la robustesse » (Coulomb, 2018) mais se heurterait aux limites physiques du corps vieillissant d'Éric. Mais reprenons les propos d'Hugo. La semaine précédente, lors d'un entretien, l'infirmier me disait :

> HUGO : À la limite, que la personne se détruise ou s'alcoolise massivement et qu'elle ne soit pas prête à accéder aux soins pour X raisons, moi je suis plutôt dans ma nature de soignant plutôt à accepter. Je me dis : « Bon ben ce n'est pas le moment, on verra plus tard, elle en est pas là... » Ça ne me gêne pas que ça ne marche pas en fait. L'échec ça ne me gêne pas.

Ce discours renvoie à un principe : ne pas imposer au patient des soins qu'il refuserait, par exemple en lui demandant de réduire sa consommation d'alcool. Cependant, dans le cas d'Éric, ce principe est révisé à l'aune de l'expérience : le patient boit d'une manière qui est jugée problématique par les professionnels qui estiment qu'il se met en danger, comme l'illustre la situation décrite. Hugo, et d'autres professionnels de la Villa d'Hestia, se retrouvent alors à devoir faire face à une « dissonance éthique » : « La coexistence d'exigences contradictoires forme un contexte de *dissonance éthique* au sein duquel il leur [*les médecins*] faut choisir l'attitude à adopter, en fonction de leurs convictions personnelles » (Fainzang, 2013, p.93). Faut-il laisser faire le patient, c'est-à-dire le laisser boire comme il l'entend, au nom de sa « liberté » ? Ou faut-il l'empêcher de boire, au nom de sa santé et de sa protection[412] ? Les professionnels de la Villa d'Hestia ne trouvent pas des réponses dans leurs « convictions personnelles », comme les médecins qu'analyse Sylvie Fainzang, mais, plutôt, dans des délibérations collectives et des expérimentations sans cesses réévaluées.

Dans un premier temps, enthousiasmés par le déroulement d'une précédente autorisation à boire de l'alcool en salle de soins accordée à une patiente, et que j'ai décrite dans la section 2 de ce chapitre, les professionnels proposent à Éric de réduire sa consommation et de la contrôler en lui proposant le même protocole, comme me le rappelle Audrey : « On avait mis ça en place aussi, le fait qu'il puisse boire un petit verre comme ça à sa demande. Mais ça n'avait pas abouti à grand-chose parce qu'il demandait encore à sortir entre temps et il s'alcoolisait aussi à l'extérieur. » Face au risque pour sa santé, les professionnels décident de

[412] Pour saisir les questions que se posent les professionnels, j'ai dû d'abord moi-même me les poser. En effet, observer, le 23 septembre 2015, Éric en état d'ivresse, allongé sur le sol et à demi-conscient m'a aussi confronté à une « dissonance éthique ». Jusque-là, par principe méthodologique, je m'étais interdit de juger les consommations d'alcool des personnes sans abri et refusé de donner des conseils du type « Vous devriez boire moins ». Cependant, voir Éric – avec qui je passe beaucoup de temps à cette période – dans cet état me perturbe. Le lendemain, alors qu'Étienne lui ramène une bouteille de vin qu'il commence à boire devant moi, dans sa chambre, je suis gêné. Je n'ose pas lui faire de réflexion et quitte la chambre au bout d'une dizaine de minutes. Dans les derniers jours du séjour d'Éric, je continue à passer de long moment avec lui dans les espaces partagés mais j'évite sa chambre où je sais que je pourrais l'observer en train de boire. C'est en décrivant sur mon journal de terrain ce dilemme auquel j'étais confronté et en le mettant en dialogue avec mes observations des professionnels et les entretiens que j'ai réalisés avec eux que je me suis progressivement rendu compte des affinités entre nos situations. Dans les deux cas, même si nous occupons des places très différentes dans l'institution, se pose la question du comportement à adopter face aux risques observées et anticipées que prend Éric en buvant de cette manière. C'est donc en revenant sur la manière dont j'ai été affecté par cette situation que j'ai pu comprendre l'expérience sensible des professionnels et les réponses qu'ils formulent.

l'interdire de sortir[413]. Cette interdiction représente une contrainte qui est envisagée par l'équipe comme une « condition permettant de porter les soins, soins qui permettront ensuite au patient de retrouver sa capacité de décider, et potentiellement d'adhérer aux soins déjà donnés et à venir » (Moreau, 2010). L'asymétrie dans la relation de soin est ici portée au plus haut degré et apparaît une forme d'« expertise de l'aide » où « les aidants calquent leur action sur les risques encourus par les personnes, en leur ôtant toute autonomie de jugement sur leur situation : ils anticipent leurs problèmes mieux qu'elles ne peuvent le faire et estiment ainsi apporter les réponses les mieux adaptées » (Gardella, 2017). Les professionnels définissent le patient comme n'étant pas en capacité de réduire sa consommation d'alcool et lui imposent leur décision. Pour les professionnels, l'attachement à l'alcool, qui peut constituer une *prise* pour leur permettre de travailler l'accès aux soins des patients, comme on l'a vu dans la section 2 de ce chapitre, représente ici une *emprise* dont le patient ne peut se détacher, qui va à l'encontre de l'accès aux soins et participe à une dégradation de l'état de santé. Il leur faut alors agir pour couper le patient de cet attachement jugé nocif. Et les premiers jours qui suivent cette interdiction confortent l'équipe dans cette décision puisque Éric semble aller de mieux en mieux.

b/ Une amélioration de l'état de santé

Le jeudi 3 septembre 2015, dans la matinée, Éric est dans le coin fumeur une cigarette à la main. Je vais vers lui. « Salut mon grand ! », me dit-il. N'étant pas venu à la Villa d'Hestia depuis le 25 août, je note un changement physique. Il me semble avoir meilleur mine, les traits du visage moins tirés. C'est une impression. Je lui demande comment il va. Il me dit avec entrain qu'il est « en forme » et ajoute qu'il va faire du « sport après ». Je devine qu'il parle du kinésithérapeute qui vient régulièrement à la Villa d'Hestia. Éric précise qu'il va faire « les exercices pour [ses] jambes » et joint le geste à la parole : il bloque les roues du fauteuil roulant et, à la force de ses bras, se soulève d'une dizaine de centimètres en s'appuyant sur les accoudoirs. Je suis à la fois surpris et impressionné. C'est la première fois depuis le mois d'avril, période au cours de laquelle je l'ai vu se lever deux fois de son fauteuil pour faire quelques pas assisté d'une personne, que je le vois fournir un tel effort. Il me rappelle qu'à « un moment ça n'allait pas trop, [il] n'y [arrivait] plus du tout » mais ajoute, avec fierté, que « là ça va mieux, ça revient ». Il confirme l'impression que j'avais en le voyant. Il se projette

[413] Au moment où cette décision est prise, je ne suis pas présent sur le terrain, et ne peux donc pas la décrire comment elle a été validée.

également vers des soins, intention que j'entends pour la première fois. Il m'explique qu'il va voir un « chirurgien », se « faire opérer pour pouvoir remarcher » et que plus tard, il pourra « se casser d'ici ». Il va mieux et lui-même se sent mieux. Un autre indice de cette amélioration réside dans sa manière de parler. Il faut l'entendre pour comprendre : lorsque Éric a bu ou est fatigué, il parle d'une voix basse, en articulant peu. Plusieurs fois, dans ces situations, j'ai dû m'approcher très près de lui pour décoder ce qu'il me disait, souvent sans succès. Là, les propos d'Éric sont clairs et limpides. Après avoir évoqué son état de santé, je lui demande s'il a pris des photos avec l'appareil jetable que je lui ai laissé la semaine précédente. Il me répond « non » mais souhaite que je le photographie : « Tu pourras me prendre en photo ? Ça me fera des souvenirs… » Quand je l'interroge à quel moment il veut faire cela, il me propose de le photographier maintenant : « Pour une fois que je suis propre ! J'ai pris une douche ce matin. » Je le suis jusqu'à sa chambre où l'appareil photo est posé sur une commode. Il me le tend et me donne une série d'explications : « Je vais me mettre là [*devant la porte fenêtre*]. On va ouvrir un peu la porte [*ce qu'il fait*]. Toi tu te mets là, comme ça [*il m'indique la place où me mettre et comment prendre la photo en mode paysage*], mais tu sais faire. » Je le laisse m'indiquer où et comment le photographier ; je me « laisse guider » à l'instar de la posture photographique adoptée par Sylvaine Conord (2017). Il s'installe comme il le souhaite et me dit « vas-y » quand il est prêt. Clic. Je prends la photo, il me demande d'en prendre une autre mais, avant ça, souhaite qu'on nettoie. La porte fenêtre donne sur des dalles et le jardin interne de l'institution ; quelques papiers d'emballage y fleurissent et ça le gêne. Je lui propose d'aller voir l'Agent de Service Hospitalier (ASH) pour récupérer un balai et une pelle. Il sait qu'il y a une pelle avec une balayette dans le réfectoire ; il va les chercher pendant que je monte à l'étage voir l'ASH. Elle est surprise quand je lui formule ma demande et m'invite à répéter une seconde fois que c'est bien « lui » qui veut nettoyer. Le matériel récupéré, on se retrouve dans sa chambre : Éric balaie l'intérieur de sa chambre et les premières dalles accolées à sa porte fenêtre. Il me demande si je peux arracher quelques herbes folles. Après une petite dizaine de minutes, il me dit avec satisfaction : « Ah c'est mieux comme ça, c'est propre ! » Je lui repropose de le photographier, comme il le souhaitait. Il se réinstalle quasiment à la même place et je prends un portrait en pied. Nous quittons sa chambre et Éric va attendre le kinésithérapeute dans le hall d'entrée. Avant le repas et pendant le repas que je prends avec l'équipe de la Villa d'Hestia, quelques professionnels, informés par l'ASH que je faisais du « ménage » avec Éric, m'interrogent. À chaque fois ils me demandent de confirmer que la demande est bien venue de lui. Ils sont surpris et contents,

c'est pour eux un indice supplémentaire que l'interdiction de sortir porte ses fruits, que le patient va mieux et qu'il s'implique dans la vie ordinaire. Nettoyer sa chambre, prendre soin des lieux, c'est aussi pour eux le signe qu'il (re)commence à prendre soin de lui.

Quelques jours plus tard, le lundi 7 septembre 2015, lors de la réunion d'équipe hebdomadaire, les discussions des professionnels concernant la situation d'Éric témoignent de cette amélioration de l'état de santé qu'ils décèlent chez le patient. Magalie, l'infirmière, prononce le nom de famille d'Éric, le patient dont les professionnels vont maintenant discuter. Elle enchaine en disant : « Depuis qu'il sort moins, il est mieux. Il est bien plus en lien, il prend soin de lui, il est motivé pour remarcher. La mémoire revient un petit peu : il se rappelle son rendez-vous de jeudi. » Pour l'infirmière, qui n'est pas contredite, l'interdiction de sortir seul – Éric sort de temps en temps avec l'éducateur pour aller retirer son argent et faire des courses – a des effets bénéfiques sur la santé du patient. Magalie indique ensuite, en se tournant vers l'éducateur et l'assistante sociale, que la veille il est venu la voir à propos de son argent. L'assistante sociale prend la parole et fait un compte rendu d'une conversation récente qu'elle a eue il y a quelques jours avec la tutrice d'Éric : il a le droit de retirer 80€ par semaine, la tutrice a prévu une enveloppe de 200€ pour acheter de nouveaux habits si cela s'avère nécessaire et, dans les prochaines semaines, un nouveau tuteur, situé sur la commune de Villeurbanne, devrait être désigné. Ces informations conduisent le médecin de l'institution à s'interroger et à interroger l'assistante sociale sur le rôle de la tutrice dans le projet d'opération qui a été défini entre l'équipe et le patient. Il demande si « légalement » la tutrice est « censée assister » au rendez-vous avec le chirurgien ou si elle doit « signer un consentement à sa place ». L'assistante sociale ne sait pas exactement. Elle pense que s'il y a « un consentement à signer la tutrice doit être avisée, ça c'est le minimum » et pense qu'« elle doit avoir un lieu de signature dans le consentement ». Le médecin se demande si l'équipe n'est pas « obligée de la tenir au courant » du rendez-vous chez le chirurgien, tout en reconnaissant que « dans un premier temps on n'a pas pensé le faire ». L'assistante sociale avoue qu'elle n'a pas la réponse et propose de recontacter la tutrice d'Éric. L'échange se termine ainsi et les professionnels abordent la situation d'un autre patient. La discussion entre le médecin et l'assistante sociale concernant la tutrice permet de comprendre le processus de cadrage d'Éric opéré par l'équipe de la Villa d'Hestia : le patient va mieux et les professionnels préparent avec lui un projet de soin. L'intervention chirurgicale envisagée naît de l'interdiction de sortir et de sa conséquence : le patient se sent mieux. L'enquête ne permet néanmoins pas de déterminer exactement comment elle est définie : est-ce que c'est Éric lui-

même qui fait part de son envie de remarcher ou est-ce que ce sont des professionnels qui lui en ont parlé ? Toujours est-il que ce projet de soin définit un horizon commun qui justifie et légitime, à son tour, l'interdiction de sortir, comme nous le verrons plus loin. Avant cela, pour le patient, cette impossibilité de sortir de l'établissement et donc de consommer de l'alcool engage un travail d'enquête sur ce qui vaut dans cet environnement et sur ce qui va lui permettre de tenir, comme je vais l'aborder maintenant.

c/ La redéfinition ce qui vaut dans l'institution

Éric a l'habitude, les après-midis, de sortir quotidiennement de l'institution, d'aller dans le quartier, sur « [son] banc », pour y boire de l'alcool et s'engager dans une multiplicité d'échanges avec des buveurs et avec des passants. Lorsque l'équipe de la Villa d'Hestia l'interdit de sortir de l'institution, son quotidien s'en trouve donc radicalement bousculé. Que faire ? Comment occuper ses après-midis ? Commentant la « formation des valeurs » chez John Dewey, Alexandra Bidet écrit : « Que surviennent un doute, un trouble, des difficultés, et s'éclipse le feu vert garant de l'immédiateté de l'agir. Pour restaurer le *continuum* de l'expérience, reprendre l'activité, il faut alors interroger *ce qui vaut*, dans cette situation, et *ce qui peut* le faire advenir » (Bidet, 2008). Éric doit s'engager dans un travail de « valuation » (Dewey, 2011) de l'environnement pour redéfinir ce qui vaut *ici et maintenant*, ce qui va lui permettre de tenir et de supporter son séjour dans ces nouvelles conditions. Pour le dire autrement, coupé de son attachement à l'alcool par les professionnels et, par conséquent, de l'espace public qu'il aime fréquenter, Éric doit faire émerger de nouveaux attachements car, comme l'écrit Bruno Latour, « on peut substituer un attachement à un autre, mais on ne peut pas passer de l'attaché au délié » (Latour, 2000, p.199). Ce problème auquel est confronté Éric est commun aux personnes qui essayent de « sortir » de leurs addictions (Castel, 1999). Mitchell Duneier le synthétise clairement en une question : « Lorsque l'alcool et les drogues, autrefois au cœur de la vie d'une personne, ne font plus partie de cette vie, que leur substitue la personne en voie de guérison (*recovering*) ? » (Duneier, 1999, p.79, je traduis). C'est à cette question, même s'il ne la formule pas explicitement, qu'Éric cherche des réponses.

Comme on l'a vu dans la section 1 de ce chapitre, durant les premières journées du mois de septembre 2015 au cours desquelles il ne peut pas sortir, Éric passe beaucoup de temps à s'occuper des chats. Si j'ai pu l'observer, dès le mois de mars 2015, donner à manger aux chats à la fin des repas et jouer avec eux, ce n'est que lors des dernières semaines qu'il passe à

la Villa d'Hestia qu'il émet l'envie « d'adopter » l'un des chats. Il souhaite d'abord adopter un chaton, qui quitte l'institution après quelques jours, avant de tisser un lien privilégié avec un chat noir qu'il a nommé Minette, à qui il réserve ses restes de nourriture, qu'il accueille dans sa chambre et pour qui il aménage une litière. Ses gestes et le temps qu'Éric passe avec Minette témoigne de son attachement envers l'animal ; un attachement qui se renforce à mesure que l'attachement à l'alcool s'étiole. En parallèle, la relation qu'il entretien avec moi prend une nouvelle dimension.

Éric est officiellement sous tutelle et, au sein de l'institution, une « tutelle informelle » (Weber, 2012c) s'y ajoute. L'éducateur l'accompagne à la banque retirer une certaine somme d'argent, définie ensemble en fonction des courses qu'il a à faire et Éric garde l'argent qui reste ; il s'agit d'un type de pratique relativement courant dans les institutions d'hébergement de l'urgence sociale (Maurin & Pichon, 2016). Régulièrement, ils vont acheter plusieurs paquets de tabac et de feuilles à rouler qui lui permettront de tenir plusieurs jours. Une partie de ces paquets est gardée par les professionnels qui lui en redonnent lorsqu'il n'en a plus. Lorsqu'il est interdit de sortir seul, ces moments revêtent une saveur particulière pour Éric : ce sont les seuls où il peut quitter l'établissement. Le jeudi 3 septembre 2015, dans l'après-midi, Éric sort de l'établissement accompagné de l'éducateur spécialisé, Nicolas. Avec leur accord, je me joins à eux. Nous commençons par nous rendre à la Caisse d'Épargne où l'éducateur, qui a la carte bancaire d'Éric et connaît son code, retire 50€, ce qu'ils ont convenu ensemble en amont. Nicolas garde les billets. Éric a besoin de shampoing ; nous allons en acheter un dans un supermarché. Ensuite, nous nous rendons chez le buraliste. L'éducateur va acheter le tabac et les feuilles à rouler que lui à demander Éric pendant que nous patientons dehors. Il revient au bout de quelques minutes. Il donne un paquet et plusieurs feuilles au patient en lui indiquant qu'il va mettre le reste en salle de soins et qu'il pourra solliciter les infirmiers lorsqu'il n'en aura plus. Il lui rend également la monnaie des achats qu'Éric range dans un petit portefeuille en cuir noir. En retournant vers la Villa d'Hestia, nous croisons deux patients sur un banc en train de boire chacun une bière. Éric leur en demande, « juste pour [se] mouiller les lèvres » ; l'éducateur lui dit : « Non, vous savez pourquoi », et on continue à avancer. Éric aimerait aller au square, là où il avait l'habitude de boire, pour « voir si [son] ami est là ». L'éducateur n'a pas le temps d'y aller, il doit rencontrer un autre patient dans l'après-midi. Je propose alors à Nicolas, en aparté, de rester avec Éric et d'aller faire un tour avec lui dans le quartier. Il accepte sans me donner de consigne particulière. Il prévient Éric, satisfait, qui me remercie. Quelques minutes après que l'éducateur nous ait

quitté, Éric me propose d'aller acheter une bière : « Allez, juste une bière, ils ne sauront pas, on ne leur dit pas ! » Je m'attendais à cette remarque, même si je n'avais pas anticipé ma réponse : « Je ne peux pas, sinon ils ne vont plus me laisser sortir avec vous. Je ne pourrai plus vous accompagner ! » Je ne veux pas que nous nous retrouvions en porte-à-faux vis-à-vis de l'équipe de la Villa d'Hestia. Je suis gêné de l'interdire de boire mais je ne veux pas qu'il soit sanctionné par ma faute en rentrant dans l'institution. Éric n'insiste pas et me propose d'aller boire un café dans un bistrot du quartier, le square où il avait ses habitudes étant vide. Assis à la terrasse, nous prenons chacun un café. Il insiste pour m'inviter et refuse que je paye. On passe une demi-heure à discuter. Il me raconte quelques-uns des métiers qu'il a exercés : peintre en bâtiment, déménageur et salarié d'un cirque dans lequel il s'occupait de lamas. Sur le chemin du retour, on s'arrête à nouveau au square où il souhaite prendre une photo de « [son] banc ». En effet, depuis le début il avait son appareil photo jetable sur les genoux et en a profité pour prendre quelques photos. C'est à cette occasion qu'il m'informe qu'il « [venait] boire ici l'après-midi ». Il ajoute : « Il y a eu des plaintes, c'est pour ça que je ne peux plus sortir. Mais là, ils ont retiré leur plainte. » Pour la première fois, j'entends une autre raison qui justifierait son interdiction de sortir. Cette plainte amène une nouvelle complexité à la situation. Plus tard, je demanderai la version de la cadre de santé. Cette dernière m'explique qu'effectivement la directrice a reçu une plainte et qu'elle lui a demandé de « faire quelque chose ». Elle en a discuté avec les patients concernés, dont Éric. Cet échange a eu pour effet que les patients se dispersent sur d'autres bancs du quartier et Éric a continué à sortir après cette plainte. Ce n'est que plusieurs jours plus tard qu'il a été interdit de sortir car il « s'alcoolisait beaucoup trop » et l'équipe devait « préserver sa santé ».

Pour Éric, cette sortie dans le quartier confirme à ses yeux la place particulière que j'occupe à la Villa d'Hestia. S'il continue de me demander régulièrement ce que je fais, en quoi consiste mon travail, il a compris que je n'étais pas un professionnel de l'institution mais, qu'à l'instar d'un professionnel, je peux l'accompagner dehors. Cette place hybride que j'occupe dans l'institution et à laquelle il m'assigne se révèle quinze jours plus tard, le 18 septembre 2015. Le matin, je croise Éric dans un couloir alors qu'il vient de quitter sa chambre. Il a un sac poubelle noir sur les genoux. Il me demande si je peux aller le jeter, en précisant : « Ça reste entre nous ?! » Il me demande d'aller le jeter dans la « grande poubelle derrière le réfectoire ». Pour y accéder il faut traverser le réfectoire, ce que les patients n'ont pas vraiment de raisons de faire en cette heure matinale. Si sa remarque m'a permis de comprendre qu'il s'agissait d'une bouteille d'alcool vide je suis quand même curieux et ouvre

le sac avant de le jeter : Éric a pris soin de cacher la bouteille de vin sous des feuilles papiers et des mouchoirs propres. Il profite de notre relation et joue de ma position : je ne suis pas un professionnel mais je peux circuler facilement dans l'institution à la manière des professionnels ; personne ne se formalisera donc de me voir traverser le réfectoire pour jeter un sac. En début d'après-midi, il me demande si on peut sortir ensemble pour aller « prendre des photos ». Prendre des photos devient une activité importante pour Éric dans un contexte où il n'est plus autorisé à sortir seul de l'institution. Elle devient ici un prétexte, une occasion pour quitter l'établissement. Je répète sa demande à la cadre de santé qui n'y voit pas d'inconvénient : « Il va mieux ! Il ne parle pas d'aller boire, donc si tu te sens il n'y a pas de problème. » Effectivement, durant l'heure et demi pasée ensemble dehors il n'évoque jamais la possibilité qu'on aille boire une bière. Comme lors de notre précédente sortie ensemble, nous allons d'abord au square où il avait ses habitudes. Il n'y a personne. Il me propose donc d'aller au Parc Georges Bazin, situé à une dizaine de minutes de la Villa d'Hestia. Arrivés au parc, il m'indique qu'il venait ici avec d'autres personnes, « des gens qui ne savent pas où dormir, où vivre, où habiter », pour boire. Il propose qu'on fasse un tour dans le parc où il prend quelques photos des arbres et des statues qu'on y trouve. Devant un rosier, il me propose de le photographier une petite rose à la main, qu'il ramènera ensuite dans sa chambre. Après cette photo, je m'installe sur un banc face à lui, il roule une cigarette qu'il fume en profitant du soleil : « Ça fait du bien », sous-entendu d'être dehors, me dit-il. Il me parle de sa santé, il se sent bien, me rappelle les petits pas que je lui ai vu faire ce matin et me répète qu'il espère remarcher bientôt. Un homme s'est installé sur le banc d'à côté. Après avoir jeté un premier regard en sa direction, il fait pivoter son fauteuil et l'interpelle : « Bonjour. Vous n'auriez pas une cigarette par hasard ? » L'homme ne fume pas, il est « contre ». La conversation s'engage sur le tabac avant de s'élargir. L'inconnu ne fume pas et ne boit pas. Il a eu un accident de voiture quand il avait 25 ans, est resté paralysé mais s'en est « remis ». Depuis, il porte une attention forte à son corps et à ce qu'il consomme. Éric mentionne les difficultés qu'il a lui aussi connu en énumérant ses lieux de vie : « Je suis né dans une roulotte, je suis un gitan moi. Après j'ai vécu dans une caravane, à la rue… » L'inconnu apprécie les gitans, « ils font des choses avec leurs mains » et les distingue des « roms qui, eux, volent ». Un ange passe. L'homme demande à Éric : « Mais là, vous n'êtes plus à la rue ? » Il répond qu'il est « à l'hôpital, pas loin d'ici », sans s'attarder. Sans transition Éric lui propose de le prendre en photo. Je suis surpris par cette demande et admiratif de l'aisance avec laquelle il demande à cet inconnu, dont nous ne saurons finalement jamais le nom, s'il

peut le prendre en photo. Moi qui avais tant de difficulté à prendre des photos au début de ce terrain, je suis presque jaloux de la facilité d'Éric. L'homme sourit et accepte de se prêter au jeu de ce shooting photo impromptu. Il a de la sympathie pour Éric, ce « petit vieux » (Gayet-Viaud, 2006) qui le touche et de qui il semble plus facile d'accepter une telle demande. Éric le photographie une première fois alors que l'homme est assis sur le banc et lui indique de se lever et de se tenir droit pour une seconde photo. Il le remercie d'avoir posé. L'inconnu nous précise qu'il ne veut pas « voir sa tête dans le journal ». Je lui réponds que c'est noté. Aussi vite qu'il a entamé la conversation, Éric la termine : « Bon ben bon après-midi ! » Sur le chemin du retour je lui demande pourquoi il a photographié cet homme. Il hausse les épaules et répond : « Ça fait des souvenirs ! » Il me semble ici que l'aisance d'Éric avec l'appareil photo est indissociable de son aisance dans le quartier « qui, d'un point de vue extérieur, donne l'impression d'une agilité naturelle et en quelque façon d'une liberté de mouvement » (Breviglieri, 2006). Cette familiarité avec l'environnement (Thévenot, 2006) renvoie à ses compétences de citadin, ses compétences liées aussi à son expérience de vie à la rue : savoir capter le passant dans l'espace public, avoir le bon mot au bon moment à l'image d'un marchand de rue qui doit attraper son client. Ici, le client n'est pas forcément celui qui va donner un peu d'argent, le client, c'est avant tout celui qui va participer à l'interaction, qui va entrer dans la conversation et acter ainsi le fait que l'interpellation était bien menée au point de provoquer un échange. Éric maitrise cet art d'engager la conversation avec des inconnus, à l'instar de certains *unhoused* des trottoirs new-yorkais décrits par Mitchell Duneier (1999). Éric aime ça, discuter avec des passants dans l'espace public ; il aime le « bruit de la ville », comme il me le dira un jour, le passage et les rencontres éphémères. En l'interdisant de sortir pour empêcher ses consommations d'alcool, les professionnels ne coupent pas seulement Éric de son attachement à l'alcool, ils le coupent également de ces échanges, en apparence anodins, mais qui structuraient son quotidien et qui comptent pour lui. Aller prendre des photos dans le quartier en ma compagnie devient une opportunité pour retrouver l'espace public et ce qui lui plaît. N'étant pas toujours disponible pour l'accompagner[414], ces sorties sont rares ; en plus des deux après-midis que j'ai décrits ici, nous sortirons une troisième fois ensemble à proximité de l'institution.

Durant environ trois semaines, l'interdiction de sortir de l'établissement semble avoir des effets bénéfiques : le patient se sent mieux et, accompagné par les professionnels des Lits

[414] C'est durant le mois de septembre que je réalise la majorité des entretiens avec les professionnels de la Villa d'Hestia concernant l'alcool.

Halte Soins Santé, se projette vers un soin en vue de pouvoir remarcher. Coupé de son attachement à l'alcool, il s'engage dans des activités qui témoignent du renforcement de certains attachements – comme celui qui le relie aux chats errants – ou de l'émergence de nouveaux attachements – comme ceux à la photographie et au chercheur qui lui permettent de sortir occasionnellement de la Villa d'Hestia. Cependant, ces liens ne peuvent remplacer celui qui le lie à l'alcool et, progressivement, les consommations d'alcool au sein de l'institution se font de plus en plus nombreuses si bien que la relation entre le patient et les professionnels devient à nouveau conflictuelle.

2/ La réapparition problématique de la consommation d'alcool

Progressivement, les effets bénéfiques de l'interdiction de sortir s'estompent et elle devient de plus en plus difficile à supporter pour Éric qui se plaint de ne pas pouvoir boire et de ne pas pouvoir s'installer dans l'espace public pour discuter avec des passants, comme il aime le faire (a). Il continue de sortir, occasionnellement, accompagné de l'éducateur spécialisé. Je m'arrêterai sur l'une de ces sorties où Éric est finalement autorisé à boire une bière (b). Il s'agit d'un « moment de crise », « particulièrement [propice] à l'explicitation des décisions et de leurs enjeux » et qui permet « d'analyser les rapports de force entre les différents aidants et entre ceux-ci et l'aidé » (Weber, 2012c, p.329-330). Finalement, les alcoolisations répétées d'Éric entre les murs de l'établissement se terminent par son exclusion définitive de l'institution, à la surprise du patient et de certains professionnels (c).

a/ L'insupportable interdiction de sortir

Comme nous venons de le voir, Éric aime passer du temps dans l'espace public, il aime s'engager dans ce qu'Isaac Joseph nomme, en commentant *Sidewalk* de Mitchell Duneier (1999), des « interactions mineures » : il s'agit d'interactions qui « prennent place dans un régime de relations sociales à la fois occasionnelles, souvent instrumentales mais bel et bien structurantes » (Joseph, 2007, p.435). La dimension structurante de ces échanges brefs, de quelques secondes ou quelques minutes seulement, se révèlent quand ils sont impossibles à accomplir. Leur absence constitue un manque, comme me l'explique Éric, le 24 septembre 2015. Le 24 septembre après-midi, je suis dans sa chambre. Il me parle de sa future opération des jambes, sans que je lui pose la question :

ÉRIC : Ici, il y a les nerfs sous les genoux [*il m'indique l'arrière de ses genoux*] qui sont bloqués.

GABRIEL : L'opération va être là ?

ÉRIC : Ouais… Les jambes vont tenir, enfin je ne sais pas…

GABRIEL : Vous avez demandé au médecin ?

ÉRIC : Il n'y a personne !

GABRIEL : Comment ça ?

ÉRIC [*avec virulence*] : Moi j'aime la liberté ! J'ai toujours vécu… j'ai vécu en roulotte, dans un terrain vague exactement, après roulotte…

GABRIEL : Et là vous ne vous sentez pas en liberté ?

ÉRIC : Ah non !

Le discours peut sembler décousu : Éric aborde son opération, qui semble peu claire pour lui, puis fait référence au passé, un passé marqué par une « liberté » maintenant perdue au sein d'une institution dont il ne peut pas sortir quand et comme il le souhaite. Les deux se recoupent : la liberté qu'évoque le patient est indissociable de sa mobilité, actuellement entravée, « empêchée » comme il dit :

GABRIEL : Tout à l'heure vous m'avez dit qu'« ils vous empêchent de boire »…

ÉRIC : Non, disons… de l'empêchement de sortir, vous ne dites pas… la personne ça lui coupe l'envie de vivre. Moi j'ai envie de vivre [*articule bien, détache les syllabes pour dire « envie de vivre »*] mais j'aimerai bien… je voudrai courir, je pars.

GABRIEL : Vous avez le sentiment que vous empêcher de sortir c'est vous empêcher de vivre ?

ÉRIC : Oui, parce que normalement je sors et je vais sur les bancs et je discute avec des gens, « bonjour… », c'est agréable. Mais quand vous êtes tout seul, que vous n'avez personne avec qui parler et ben vous êtes gêné et moi je suis gêné !

GABRIEL : Vous ne pouvez plus discuter comme quand vous êtes dehors…

ÉRIC : Ouais. Je suis en colère ! Des fois je suis en colère, il ne faut pas croire [*il rigole*]. *[Il boit une gorgée de vin*] Il est léger… J'ai nettoyé ce matin ce que le chat a fait : il a chié dans la boite.

La décision prise par les professionnels n'empêche finalement pas Éric de boire : il n'a pas de difficulté à faire rentrer de l'alcool, à boire dans l'institution et il peut toujours compter sur

d'autres patients pour lui en apporter. En revanche, cette contrainte le prive de ces moments « agréables », de ces échanges et de ces discussions qu'il a avec les « gens » dans l'espace public. Il ne peut plus profiter de ces rencontres avec des passants auxquels il tient et c'est en ça que l'interdiction de sortir devient progressivement insupportable pour Éric. C'est ainsi que pour lui, cette contrainte, justifiée par les professionnels au nom de la protection de sa santé et du soin, apparaît comme non soignante. Il le suggère en une phrase : « Soi-disant qu'on me soigne mais on m'empêche de sortir ! » La remarque exprime ses doutes quant au sens des soins qui lui sont prodigués et souligne le manque de considération des professionnels pour l'une des composantes de sa personnalité : le plaisir qu'il a à être dehors, au contact des autres dans l'espace public. L'interdiction de sortir est une « dépossession de soi », entendue comme « l'expérience subjective des personnes privées de leurs instruments de décision, y compris les plus intimes » (Weber, 2012c, p.329). Mais, alors que les professionnels se focalisent sur sa relation à l'alcool, Éric rappelle auprès de moi l'importance des conditions dans lesquelles il boit. Pour le dire autrement, chez Éric, l'attachement à l'alcool est indissociablement lié à un attachement à l'espace public et à ses rencontres ; essayer de le couper du premier en l'interdisant de sortir le coupe effectivement du second qui est une part essentielle de qui il est. Rappelons-nous : Audrey, l'aide-soignante, mentionnait que l'équipe avait proposé à Éric de boire en salle de soin pour réduire et contrôler sa consommation d'alcool. Cependant, « ça n'avait pas abouti à grand-chose parce qu'il demandait encore à sortir entre temps et il s'alcoolisait aussi à l'extérieur ». En écoutant Éric, on comprend pourquoi cette expérimentation n'a pas fonctionné : il a besoin de boire mais aussi d'être dans des lieux de passages pour échanger avec des inconnus. Certains professionnels reconnaissent l'importance que représente le temps passé dans l'espace public pour des patients comme Éric. Christine, une infirmière, me dit par exemple : « Ils n'ont pas forcément envie de boire un coup avec l'infirmière. Ça peut être avec des potes. Avec qui je bois c'est important aussi, de savoir avec qui je bois. Ça peut être avec des potes parce que je vais me lâcher, je vais faire le con et le lieu aussi ça peut être sur le trottoir. Un monsieur des LHSS, je l'ai croisé un jour à l'arrêt de tram, il me dit : "Mais moi j'aime bien être dehors, je discute avec les gens". » Même si elle ne donne pas son nom, j'imagine que le patient qu'elle cite est Éric, dont les propos sont similaires. Si cette professionnelle a conscience de l'importance d'être dehors pour certains buveurs, il me semble, de manière générale, que cette question reste un impensé pour l'équipe qui n'en tire donc pas de conséquences pratiques[415].

[415] Comme on l'a vu dans la section 2 de ce chapitre, certaines expérimentations – l'atelier théâtre de Marie dans

Par exemple, les seules sorties autorisées dans le quartier, celles avec l'éducateur, sont pensées autour de l'argent et des achats et non pas comme un moment qui va permettre de prendre place et de passer du temps dans l'espace public, si ce n'est pour fumer une cigarette. C'est d'ailleurs l'une de ces sorties, sur laquelle je vais maintenant m'arrêter, qui permet de saisir en situation le conflit en cours entre l'équipe et le patient, mais aussi les dissensions qui peuvent exister entre les professionnels et entre ces derniers et Éric sur les soins à accomplir.

b/ Le surgissement du conflit

Je l'ai déjà écrit : la décision de l'équipe de la Villa d'Hestia d'interdire Éric de sortir seul de l'établissement témoigne d'une relation asymétrique, « paternaliste » dirait Joan Tronto : « Ceux qui prennent soin des autres, comme ceux qui ont décidé de "prendre en charge" un besoin particulier, tendent à privilégier leur propre analyse de ce qui est nécessaire pour y répondre. On ignore ainsi le point de vue des destinataires, dans la mesure où la tension entre compétences et besoins reconnus se résout en faveur des experts, de ceux qui disposent des ressources nécessaires pour répondre aux besoins de soin, etc. » (Tronto, 2009, p.193-194). Les patients peuvent reconnaître leurs *incapacités* à prendre des décisions quant à leurs soins et accepter de suivre celles qui ont été prises pour eux par d'autres personnes, ici des professionnels de santé. Ce n'est pas le cas d'Éric, comme l'illustre la situation suivante.

Nous sommes le 22 septembre 2015. En ce début d'après-midi, Éric sort de la Villa d'Hestia accompagné de Nicolas, l'éducateur ; je les accompagne. Nous commençons par nous rendre à la banque puis chez le buraliste. L'éducateur achète deux paquets de tabac à rouler, deux paquets de feuilles et un sachet de filtres. En sortant, il rend la monnaie, donne un paquet de tabac, plusieurs feuilles et plusieurs filtres au patient. Il garde le reste qu'il confiera aux infirmiers à son retour dans l'établissement. Nicolas lui propose d'aller « fumer une clope au square », là où il avait ses habitudes quand il sortait boire. Éric accepte avec enthousiasme. En

---

l'espace public ou le projet d'une consigne pour les bouteilles et canettes d'alcool – considèrent ce qu'il se passe à l'extérieur. Cependant, de manière générale, les professionnels ne sortent pas de l'institution et ont une vision parcellaire des interactions dans l'espace public. Dans les discussions d'équipe, ce qui est mis en avant ce sont les tensions avec le voisinage, lorsqu'une plainte est déposée auprès de la direction. Pourtant, les relations avec le voisinage ne peuvent se réduire à ce registre de la dispute. C'est pourquoi l'exposition photographique a été pensée comme espace de rencontre avec les voisins. C'est aussi pourquoi, avec Élodie Jouve, lors de la restitution de l'enquête consacrée à l'alcool du 22 octobre 2015, nous avons décrit les interactions entre les patients de la Villa d'Hestia et les passants, dans leur diversité. Au cours de cette journée, certains professionnels s'approprient ces réflexions et y apportent les leurs en envisageant, par exemple, une fête des voisins ou une tombola avec des commerçants du quartier ; des propositions *a priori* décalées de l'enjeu de la journée consacrée à l'alcool mais qui acte que cette question est indissociable de celle de l'ancrage dans le quartier, que les personnes sans abri vont fréquenter et occuper.

chemin, alors que je le pousse et que l'éducateur marche à nos côtés, Éric demande s'il peut aller acheter une « limonade » avant. Sylvain n'y voit pas d'inconvénient. On continue d'avancer. Une cinquantaine de mètres plus loin, il formule une autre demande déguisée sous une affirmation : « On va prendre une limonade et une bière. » Petit sourire de l'éducateur, comme s'il attendait ce moment où la question de l'alcool allait être abordée. Je me penche en avant et demande à Éric :

GABRIEL : Une bière ?

ÉRIC : Ben oui, j'ai 63 ans, ça fait deux mois qu'on m'interdit de boire. Moi je ne suis pas bien, j'ai des enfants, j'y pense, je cogite [*en tapant son index sur sa tempe*].

GABRIEL : Et l'alcool ça vous aide ?

ÉRIC : Ben ouais.

Comme le souligne Joan Tronto, des conflits peuvent émerger dans la relation de soin, notamment lorsque « ceux qui reçoivent le soin pourraient avoir sur leurs besoins des idées différentes de ceux chargés de prendre soin. Les destinataires peuvent souhaiter orienter les soins qu'ils reçoivent, plutôt que d'en être les simples récepteurs passifs » (Tronto, 2009, p.151). Éric attribue une qualité soignante à l'alcool ; boire lui permet de supporter ce qui le fait cogiter, peut-être même d'anesthésier ces pensées encombrantes. D'ailleurs, à l'époque où il pouvait sortir l'après-midi, il est arrivé que nous allions boire un verre ensemble. Une fois, assis autour d'une table d'un bistro, tout en me disant qu'il se « régale » en buvant une bière fraîche, il m'explique qu'il se sent « déprimé » et que l'alcool l'« aide », un jugement contraire à celui de l'équipe à ce moment-là de prise en charge. Ce qui se confirme quelques minutes plus tard. Alors que Nicolas n'a toujours rien dit, nous arrivons au square. Fini la limonade, Éric propose cette fois d'aller « prendre une bière ou deux ». Ce coup-ci l'éducateur s'arrête, se tourne vers le patient et lui rappelle qu'il est interdit de boire ; interdiction qu'il a d'ailleurs transgressée hier, en buvant du rosé. Éric nie avoir bu et insiste : « Bon allez, je vais boire une bière ! » Il met les deux mains sur les roues de son fauteuil, comme s'il s'apprêtait à partir. Nicolas lui fait face, lui bloquant le passage, et lui dit :

NICOLAS : Ça ne sera pas avec moi la bière en tout cas !

ÉRIC [*se tournant vers Gabriel*] : Allez on va se prendre une bière ?

GABRIEL : Vous savez que je ne travaille pas ici… Faut que vous voyiez avec Nicolas.

ÉRIC : Mais ça ne fait rien... Tiens [*en tendant un billet de 5€ entre Nicolas et Gabriel*].

NICOLAS : Je ne vais pas aller acheter votre alcool !

ÉRIC : Merde ! Je vais aller au bistro [*il essaye de faire des petits pas pour faire avancer son fauteuil. Il y arrive difficilement*].

NICOLAS : Vous savez très bien pourquoi vous sortez accompagné.

ÉRIC : Une bière, ce n'est pas le bout du monde ! Allez !

NICOLAS [*remonté*] : Ok. Mais je suis transparent avec vous. Quand on rentre je vais en parler à l'équipe. Moi j'ai un cadre, je vous ai expliqué pourquoi on ne vous fait pas consommer, je ne peux pas faire plus.

ÉRIC : Ben oui.

NICOLAS : Et ce n'était pas la mission dès le début et vous le saviez bien. Vous jouez avec ça et ça j'apprécie pas du tout.

Je suis surpris que l'éducateur accepte aussi rapidement. Nous quittons le square. Nicolas demande à Éric où il veut aller, il propose d'aller à la Gamelle, un bistro du quartier où j'ai déjà eu l'occasion de l'accompagner. On s'installe à la terrasse ; l'éducateur et le patient se font face, je suis assis à la gauche d'Éric. Ce dernier réengage la conversation sur sa consommation d'alcool en soufflant : « Pff une bière… » L'éducateur répète que l'équipe essaye de « le protéger ». Éric, dubitatif, lui rétorque : « De boire une bière ?! » Il affirme qu'il « déprime », qu'« il ne faut pas exagérer » et qu'« il a 63 ans », sous entendant qu'il est en capacité de prendre les décisions qui sont bonnes pour lui. Nicolas rappelle, une dernière fois, pourquoi l'équipe de la Villa d'Hestia lui interdit de boire de l'alcool :

NICOLAS : Vous mélangez tout Éric ! Nous on vous protège par rapport à vos jambes car vous allez vous faire opérer. C'est pour vous protéger. Sauf que quand vous allez aller au rendez-vous avec l'anesthésiste et qu'il vous dira que ce n'est pas possible de vous opérer, vous saurez pourquoi !

Éric ne rebondit pas sur cette réponse, il change de sujet en questionnant l'éducateur sur son projet d'acheter une télévision. La tutrice a donné son accord. Il faut qu'ils regardent ensemble sur internet afin d'envoyer une référence à la tutrice qui fera l'achat. Nous restons une demi-heure au bistro où Éric boit lentement sa bière. Quand il la finit, il ne parle pas d'en commander une seconde. L'ambiance est assez tendue, elle devient un peu plus agréable quand Éric, à qui je suis allé acheter un sandwich à sa demande, nous explique qu'il en garde

la moitié pour nourrir les chats de la Villa d'Hestia. La discussion sur les chats et la manière dont Éric s'en occupe décrispe la situation et ramène des sourires.

En rentrant à la Villa d'Hestia, Éric va dans le coin fumeur. Je vais m'installer dans le bureau de l'éducateur, qui est ouvert, pour prendre des notes sur cet échange au bistro et mettre au propre celles que j'ai pu prendre *in situ*. Au bout d'une dizaine de minutes, l'éducateur arrive avec la cadre de santé dans le bureau. Ils poursuivent une discussion, qu'ils viennent d'engager, sur ce qui s'est passé cet après-midi avec Éric. L'éducateur affirme qu'ils ont été « uniquement dans la confrontation cet après-midi » et souligne la difficulté de la prise en charge à cause de l'alcool. La cadre de santé reconnaît qu'il faudrait « faire venir un tiers en addicto pour qu'il nous aide » ; le manque de compétences spécifiques en addictologie, déjà mis en avant par les professionnels face aux demandes de Monsieur Dutret d'arrêter l'alcool, comme on l'a vu dans le chapitre 4, ressurgit ici. L'éducateur poursuit en s'interrogeant sur la faisabilité de l'opération qui approche – « Comment ça va se passer s'il est comme ça ? » – et commence à faire part de ses doutes quant à cette interdiction d'alcool : « Je sais que Thierry [*le médecin*] est contre. Pour lui c'est zéro. Mais je ne sais pas… » Quelques secondes plus tard, il fait un pas de plus. Il évoque la possibilité de sortir de l'interdit et de *reconsidérer* l'attachement d'Éric à l'alcool en réfléchissant, à voix haute, à l'idée de mettre en place un dispositif dans le cadre duquel il accompagnerait Éric au bistro : « Est-ce qu'on pourrait instaurer un rituel ? Est-ce qu'on fait ça, tous les mardis on va boire une bière ? » La cadre de santé, sans développer, lui répond : « Non, ça laisse tomber ce n'est même pas la peine ! » L'éducateur n'insiste pas. Ce bref échange se termine par ces mots de la cadre de santé : « On ne fait que tricoter... » Les deux professionnels se séparent, toujours dans le flou, face à une situation où ils ont le sentiment de ne pas trouver de réponses appropriées. Je me retrouve seul dans le bureau avec l'éducateur. J'ai l'impression qu'il a besoin de parler car il interrompt rapidement le court silence qui s'était installé au départ de la cadre de santé et re-évoque son idée d'accompagner Éric au bistro dans une « consommation modérée ». Il m'explique qu'il en déjà parlé au médecin qui aurait refusé sa proposition :

> NICOLAS : Il m'a dit : « Non non non si on commence à ça, ce n'est pas cohérent ». Du coup tu vois, ce n'est pas simple aujourd'hui. T'as une vision médicale qui se dit que pour que la personne soit dans le bien-être et en forme pour l'opération na-na-na, il faut que ce soit zéro. Sauf que toi… moi aujourd'hui je me place plus du côté des patients, il a envie de consommer… du coup faut que j'arrive à me positionner vis-à-vis de l'équipe…

Les propos de l'éducateur, articulés à l'autorisation qu'il a accordée à Éric d'aller boire une

bière, mettent en lumière son jugement concernant l'attachement à l'alcool du patient. Il n'est pas partisan d'une interdiction totale de la consommation, il pense au contraire qu'elle peut avoir un intérêt et qu'il faut essayer de la penser comme un « outil de médiation », comme il me l'affirmera au cours de ce même échange. Le terme de médiation fait écho à la « médiation animale » qu'évoquait Julie, la travailleuse sociale du centre d'hébergement Riboud, dans la première section de ce chapitre. L'alcool, comme l'animal, pourrait ainsi se transformer en outil d'aide à la relation ; c'est pourquoi, selon l'éducateur, cela « aurait du sens de se dire que chaque professionnel de la Villa peut accompagner Éric » à l'extérieur pour boire un verre[416]. Les réflexions de Nicolas permettent de comprendre que la décision d'interdire Éric de sortir pour réduire ses consommations d'alcool n'est pas unanimement partagée au sein de l'équipe. Il existe des désaccords qui sont plus ou moins discutés entre les professionnels[417]. L'éducateur constate notamment des incohérences dans la prise en charge d'Éric qui mettent les professionnels dans des situations compliquées.

> NICOLAS : On n'est pas cohérent. Nous, on rappelle le cadre, on donne un sens mais lui… Faut qu'on soit clair. Soit on dit : il y a alcoolisation, le règlement l'interdit donc c'est mise à pied. Bien sûr ce n'est pas humain, ce ne sont pas mes convictions et ça m'emmerderait mais si c'est la seule réponse qu'on a à apporter aujourd'hui… Par contre si on se dit officiellement qu'on autorise les consommations ou au moins qu'on les régule, il faut qu'on se donne les moyens de le faire. Là on est dans un entre-deux. J'ai l'impression d'être un flic entre l'alcool, les sorties…

Quel est cet « entre-deux » ? Éric est interdit de boire mais lorsqu'il consomme de l'alcool dans l'institution il n'est pas sanctionné ; et, en même temps, des propositions pour imaginer d'autres formes de consommation – par exemple l'accompagner au bistro – ne sont pas retenues par le médecin et la cadre de santé. Mais l'éducateur est en première ligne : pour lui l'interdiction n'est pas une prescription mais elle se joue *en situation*. Surtout, ces situations, comme la précédente, s'accomplissent dans l'espace public. Il est censé interdire la consommation d'alcool au sein du quartier, là où elle devrait être autorisée. Hors l'établissement, les patients ont le droit de boire, parfois même accompagnés d'une professionnelle comme on l'a vu en revenant sur l'atelier théâtre de Marie. C'est pourquoi, dans la situation précédemment décrite, l'éducateur doit faire face à un dilemme pratique et

[416] C'est idée fait écho à celle de Valérie, une aide-soignante, mentionnée dans la section 2 de ce chapitre. Elle proposait qu'un professionnel passe un moment avec un patient à l'extérieur de la Villa d'Hestia, par exemple dans un bistro où la personne accompagnée pourrait si elle le souhaite boire de l'alcool. Durant la période d'enquête cette idée n'est pas expérimentée, si ce n'est pas Nicolas dans la situation que je viens de décrire.

[417] Je précise que je n'ai pas pu observer ces désaccords dans les réunions d'équipe – cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y en a pas eus lors de ces moments. Par ailleurs, comme je l'ai indiqué dans le chapitre 1, je n'ai pas eu accès aux temps d'analyse des pratiques professionnelles où le cas d'Éric a pu être discuté.

moral : dois-je appliquer un jugement que je ne partage pas – l'interdiction – ou agir selon mon propre jugement en situation – l'autorisation ? Il trouve une réponse, sur le moment, en acceptant qu'Éric prenne une bière tout en lui rappelant, au même moment, que l'interdiction visait à le protéger. Cet « auto-mandat » (Ravon & Vidal-Naquet, 2018) n'est pas simple à mettre en œuvre et à assumer, cette position est pleine de doutes, d'interrogations et d'hésitations dont témoigne notre discussion à notre retour dans la structure. Nicolas les réinscrit dans son parcours et son expérience professionnel. Il est le deuxième travailleur social, à côté de l'assistante sociale, dans une équipe majoritairement paramédicale. Il a été récemment diplômé et a travaillé dans les équipes de nuit du Samu Social 69 lors du plan froid 2014-2015. Il est arrivé à la Villa d'Hestia en juin 2015 sur un poste d'éducateur tout juste créé. Autant d'éléments auxquels lui-même se réfère pour contextualiser et resituer les questions qu'il peut se poser vis-à-vis de ces situations face à l'alcool :

> NICOLAS : Tu vois il m'est arrivé à peu près la même situation avec Monsieur Calio, je venais de démarrer. Première sorti avec Calio : à la poste, on va retirer de l'argent. Il me dit : « Putain j'ai envie de pisser, de pisser ». Je dis : « Ben écoutez, il y a un bar à côté, on va prendre un café et en même temps vous pourrez aller aux toilettes. » « Ouais ouais pas de problème nickel. » Il va pisser. On se pose. Qu'est-ce qu'il commande : du rosé [*sourire*]. Et tu vois je ne me sentais pas à l'aise avec ça quand je suis rentré à la Villa, je n'ai pas pu le sortir. Est-ce que c'est bien, pas bien ? J'ai pu l'évoquer avec la cadre de santé après et elle me dit : « T'es pas le premier et tu ne seras pas le dernier confronté à ça ! » Mais n'empêche quand tu le vis et t'es tout seul, ce n'est pas pareil. Aujourd'hui, je n'avais pas de scrupule à dire oui à Éric parce que du coup c'est une pratique qui se fait avec ce public là et du coup entre le faire, mettre des mots dessus, le communiquer avec l'équipe, se dire qu'aujourd'hui j'ai fait un choix, j'ai répondu à sa demande. Est-ce que c'était bon ou mauvais, je n'en sais rien mais j'ai fait un choix. Tu vois ça a permis de se poser […]. Moi j'apprends. Un éduc qui te dit qu'il n'apprend pas tous les jours c'est qu'il n'a rien compris. Et j'espère tenir ce discours-là dans 10 ans, 20 ans. Ce n'est pas parce que t'as de la bouteille que t'as forcément une réponse à apporter. T'as de l'expérience oui, t'as une manière de te positionner qui peut être intéressante mais chaque situation est unique…

En prolongement des propos de l'éducateur, il faut ajouter la question de l'âge à laquelle fait régulièrement référence Éric, dans ses interactions avec l'éducateur, pour remettre en cause l'interdiction de boire. Nicolas a 25 ans et se retrouve dans une position à devoir imposer à un homme de plus de 60 ans la conduite qu'il doit tenir. Éric essaye de renverser la relation asymétrique en insistant qu'à son âge il a le droit de boire, qu'il sait ce qui est bon pour lui et sous-entend par-là que ce n'est pas un jeune professionnel qui va lui dicter sa conduite.

c/ L'exclusion ou le rappel au cadre

Au cours de la semaine qui suit la sortie avec l'éducateur, précédemment relatée, Éric continue de boire de manière répétée au sein de l'établissement. Et, le cadre règlementaire qui n'était jusqu'à présent pas appliqué, réapparaît : le patient est exclu de l'institution le mercredi 30 septembre 2015. Ce jour-là, j'arrive à la Villa d'Hestia en début d'après-midi. En allant poser mes affaires dans un des bureaux ouverts, je croise la cadre de santé. On se salue, je lui demande comment ça va. Elle m'informe qu'Éric vient d'être « exclu définitivement ». Je suis surpris, je ne m'attendais pas du tout à une telle nouvelle même si la dernière semaine a été compliquée pour les professionnels en raison de ses alcoolisations. Je lui demande ce qu'il s'est passé. Elle me répond que la veille[418] « ça a été grandiose », mentionne qu'il était en « état d'ivresse » et qu'il a été « agressif ». Elle n'entre pas dans les détails et je ne pense pas à lui en demander plus. C'est la première fois depuis que je viens aux Lits Halte Soins Santé qu'une exclusion définitive de l'institution est prononcée : je l'interroge pour savoir comment ça se passe et où se trouve Éric en ce moment. Elle me précise qu'après discussion avec l'équipe, à la suite des retours qu'elle a eus de ce qui s'est passé la veille, elle a pris cette décision. Elle l'a validée avec la directrice de l'institution qui en a informé le patient en fin de matinée. Il a quitté l'établissement avec une partie de ses affaires. Ce qu'il n'a pas pu prendre pourra être récupéré plus tard, par exemple s'il obtient une place d'hébergement ; en attendant, ses affaires seront stockées. La cadre de santé a informé la cheffe de service du Samu Social 69 dont les travailleurs sociaux vont essayer de trouver une place pour Éric dans le centre d'hébergement où il était avant d'entrer à la Villa d'Hestia. Elle m'indique que « là, il a dû partir sur son banc, au petit square ». Elle semble pressée – après coup, je me rappelle que c'est le temps de relève entre le binôme infirmier et aide-soignant du matin et celui de l'après-midi.

En allant poser mon sac, je salue l'assistante sociale qui est dans son bureau. Elle a entendu la conversation. Elle me fait remarquer que j'ai parlé d'« expulsion » plutôt que d'« exclusion » à la cadre de santé. Je ne m'en étais pas rendu compte. Elle me dit que pour elle ça « se rapproche d'une expulsion », dans le sens où depuis 18 mois qu'il est à la Villa d'Hestia, « il a souvent enfreint le cadre de cette manière-là » – elle évoque la consommation d'alcool dans l'institution, les « insultes » et « l'agressivité » dont il peut faire preuve lorsqu'il est ivre. Elle se demande alors : « Donc pourquoi cette fois il est exclu ? Et pas les autres fois ? » C'est

[418] J'étais venu à la Villa d'Hestia pour faire un entretien avec un infirmier mais n'avais pas pu rester plus longtemps. Je n'avais pas vu Éric.

aussi la question que je me pose. Et elle ajoute, réinterrogeant leurs pratiques des dernières semaines : « On l'interdit de sortir : ok. Mais qu'est-ce qu'on fait ici pour s'adapter à sa situation ? » Après cet échange, je quitte l'établissement pour voir si je trouve Éric. Comme le pensait la cadre de santé, il est effectivement au petit square où il a posé ses affaires sur son banc. « Ça me fait plaisir de te voir ! », me dit-il quand j'arrive. Quand je lui demande comment il se sent, il semble soulagé d'être dehors, il me dit que son « cœur est relâché » et accompagne ses mots d'un soufflement, comme s'il respirait mieux à présent. Je l'interroge sur les motifs qui lui ont été donnés pour expliquer son exclusion :

> ÉRIC : Je ne sais pas ! Ce matin, je dormais, ils sont venus me chercher et ils m'ont dit [*il fait un signe du revers de la main pour gauche qui exprime « dehors »*]
>
> GABRIEL : Mais ils vous ont dit pourquoi ?
>
> ÉRIC : Non, je ne sais pas. Ils disent que j'ai bu, ouais mais bon…

Il me fait une place sur le banc pour que je puisse m'asseoir. Il a un gros blouson, qu'il va « essayer de planquer », et un sac en plastique rempli de ses médicaments. Chaque patient qui quitte la Villa d'Hestia (pour une fin de séjour ou une exclusion) repart avec son traitement. Il me précise qu'il a « tous ses médicaments » mais qu'il « ne sait pas bien lire » et qu'il ne va « rien prendre » car il a bu de la bière. Effectivement, sur le banc, il y a deux cannettes de 50cl. L'une est ouverte, l'autre encore fermée. Je comprends qu'il a fait la manche pour se les payer même s'il avait de l'argent. Il est allé les acheter chez un épicier où il avait ses habitudes : « Quand il m'a vu, il m'a dit : "Ça y est t'es de retour !" Moi, je ne sais pas bien compter donc je lui donne les sous et il compte, je lui fais confiance. » En faisant la manche, une personne lui a aussi acheté un sandwich, encore dans son emballage. Je passe environ une heure avec lui. Éric profite d'être dehors : il boit sa bière, interpelle les passants qu'il voit pour leur demander s'ils n'auraient pas une cigarette ou une pièce et engage ainsi la conversation. Il est à l'aise et prend du plaisir dans ce jeu interactionnel. Quand je lui demande où il va dormir ce soir, il m'explique qu'il va se « trouver un coin par ici ». Il ne semble pas encore s'en inquiéter et profite de ses premières heures hors de l'institution, sans un professionnel avec lui. Je ne reste pas plus longtemps avec lui car j'ai un entretien de prévu avec le médecin de la Villa d'Hestia. Le lendemain, quand je repasse au square, il n'est plus là et aucune de ses affaires ne s'y trouvent. Je ne reverrai Éric qu'un mois plus tard, alors qu'il est hospitalisé – une rencontre que j'ai décrite dans la section 1 du chapitre 2.

Après avoir quitté Éric, je retrouve Thierry, le médecin de la Villa d'Hestia, avec qui j'avais prévu depuis plusieurs jours de faire un entretien consacré à l'alcool. On s'installe sur un banc, dans le jardin intérieur de l'établissement. Évidemment, au regard de la thématique de l'entretien, la situation d'Éric est abordée. Il commence par me rappeler ses alcoolisations répétées et problématiques : « C'était intenable avec cette personne qu'on vient d'exclure, parce que ça fait des mois, quand il est bourré, il rentre bourré à 19h30 et il commence à insulter tout le monde. On le prive de repas, on le met dans sa chambre. Chaque fois l'infirmière était ferme ou moi, j'allais lui dire : "Monsieur là vous êtes trop chiant, dehors, dans votre chambre on verra demain matin !" » Le médecin me donne ensuite son avis sur cette exclusion :

> THIERRY : Alors si tu veux là c'est la directrice qui est descendue mais on ne sait pas d'où elle vient et tout d'un coup elle prend Monsieur Machin et lui explique : « Vous êtes exclu ! » Bon il faut que quelqu'un s'y colle, elle s'y est collée très bien si c'est sa fonction. Ce qui m'embête c'est qu'il n'y ait pas quelqu'un dans les gens qui s'impliquent et qui se donnent un rôle thérapeutique voilà… Alors moi une fois que la sanction est tombée j'ai re-rencontré Monsieur Machin et je lui ai vraiment expliqué les limites auxquelles il m'avait confronté, j'étais vraiment désolé mais je n''ai pas de baguette magique, je ne peux pas et l'accompagner chez le chirurgien et l'aider à pouvoir supporter ce que va vouloir dire d'être opéré.
>
> GABRIEL : Et lui qu'est-ce qu'il en dit ?
>
> THIERRY : Moi je pense que ça lui ait tombé dessus, il ne s'y attendait pas, parce qu'il n'a jamais senti qu'il y avait un cadre jusqu'au moment où effectivement… Ça m'aurait paru plus normal qu'on lui dise demain vous êtes à pied pour trois jours, déjà y a quinze jours. Mais là en disant : « Ah oui mais le pauvre et si… » Ben voilà. Je ne te dis pas que ça aurait changé mais je pense que ça lui permettait peut-être de travailler quelque chose dans sa tête, de s'y préparer, de le sentir, de l'expérimenter parce qu'il n'élabore pas, il ne se projette pas. Par contre s'il le ressent physiquement, il l'expérimente tu vois… […] Et tout d'un coup, il y a quelqu'un… tu vois on appelle les flics. Et du coup tout le monde ressent ça comme une punition, or ça n'en est pas une pour moi. C'est admettre avec lui, en face de lui, en le respectant, que je ne peux rien faire pour vous, voilà mes limites. Mais bon c'est ma façon de voir la chose.

Les propos du médecin de la Villa d'Hestia permettent de comprendre l'exclusion d'Éric. Cette dernière doit être replacée dans la longue durée de l'accompagnement. Ce n'est pas seulement en raison de ce qui s'est passé la veille que le patient est exclu ; c'est la répétition de certains comportements qui amène son exclusion. Les trois professionnels – la cadre de santé, l'assistante sociale et le médecin – interrogés le jour de cette exclusion évoquent les mêmes choses : la consommation d'alcool qui se déroule, ces derniers jours, dans

l'établissement puisque le patient est interdit de sortir, et les insultes qui accompagnent régulièrement l'état d'ivresse d'Éric. Au fil des semaines, ce comportement d'Éric contribue à altérer sa « réputation institutionnelle » (Emerson & *al*., 1983). À partir d'une enquête dans une institution de soins psychiatriques, Robert M. Emerson, E. Burke Rochford et Linda L. Shaw engagent une réflexion sur la régulation locale des troubles. La nature des réponses apportées par les professionnels varie en fonction des troubles qu'ils constatent mais aussi de la « réputation institutionnelle » du patient, de l'image qu'ils s'en font et du degré de sympathie qu'ils ont pour lui. Ils écrivent :

> « Si les troubles continuaient ou augmentaient, les pressions en faveur de l'expulsion s'intensifiaient, car de plus en plus de membres du personnel commençaient à remettre en question l'intérêt de garder un tel membre et à proposer des versions de plus en plus défavorables de sa réputation institutionnelle. Les résidents sans réserve de sympathie (*reservoir of goodwill*), sans soutien parmi le personnel, avec une mauvaise réputation locale et qui s'étaient retrouvés mêlés, même aux problèmes les plus mineurs, pouvaient être menacés d'expulsion immédiate de l'établissement […]. Si les troubles se poursuivaient et si les pressions en faveur de l'expulsion augmentaient, le soutien du personnel devenait absolument crucial pour le sort du résident. Si le résident avait perdu le soutien du personnel – en particulier d'au moins une relation forte avec un membre haut placé – le mouvement vers l'expulsion se poursuivait sans entrave. Si, en revanche, les relations avec le personnel étaient maintenues, les pressions en faveur de l'expulsion – même en cas de problèmes graves ou récurrents – pouvaient être contrecarrées ou détournées » (Emerson & *al*., 1983, p.356-357, je traduis).

Au cours du temps et de la même façon, Éric perd le soutien de certains professionnels et notamment de la cadre de santé. Jusqu'à présent, cette dernière n'avait pas appliqué à la lettre le cadre règlementaire ; elle ne l'a pas exclu, même temporairement, la première fois qu'il a été surpris en train de boire de d'alcool dans l'établissement. Elle a accepté qu'il reste aux Lits Halte Soins Santé et a essayé avec l'équipe de trouver des réponses pour réguler sa consommation d'alcool : boire en salles de soins puis l'interdire de sortir seul. Cette dernière tentative a eu des effets bénéfiques mais seulement de manière temporaire, comme on l'a vu. La répétition des troubles causés par Éric a altéré sa réputation ; si bien que les professionnels et, en particulier, la cadre de santé ont de moins en moins accepté son comportement. Ce qui était problématique et sur lequel il fallait essayer de travailler est progressivement devenu inacceptable et a mis en exergue l'impuissance des professionnels à apporter des réponses. C'est ce qui ressort des propos du médecin lorsqu'il dit : « Je ne peux rien faire pour vous ». Mais ce n'est pas seulement lui, c'est l'ensemble de l'équipe qui ne sait plus quoi faire. L'équipe arrive à un stade d'« épuisement » qui tend « vers un état de résignation »

(Breviglieri, 2009). Ils sont découragés. Comme l'écrit Isabelle Parizot, le découragement est fréquent dans les dispositifs d'accès aux soins des personnes précaires lorsque les patients les fréquentent sur un mode « instable » : « Il est difficile de ne pas succomber au découragement lorsque le travail engagé auprès d'un usager se solde par de multiples et répétitifs échecs. Il leur faut accepter que leur intervention ne se traduise pas par une évolution sensible de la situation du patient tout en sachant percevoir le réconfort apporté et considérer comme ayant en soi une valeur » (Parizot, 2003, p.148). Ici les professionnels ne perçoivent plus le (ré)confort qu'ils peuvent apporter à Éric et qu'ils ont essayé de lui apporter durant son séjour. Ainsi, alors que dans la section 2 de ce chapitre nous avons vu que certains débordements pouvaient conduire à redéfinir le cadre de la prise en charge et les pratiques des professionnels, la répétition des débordements d'Éric entraine un rappel au cadre et une sanction : l'exclusion.

***

Florence Weber conclut un article consacré à l'analyse d'un processus de « dépossession de soi » en ouvrant sur deux questions théoriques qui me semblent pouvoir être reprises, même si la situation d'Éric ne soulève pas de qualification en termes de « troubles de la conscience » :

> « Les troubles de la conscience, quel que soit le diagnostic médical auquel ils donnent lieu, posent de façon cruciale la question de la ligne de partage entre assistance à personne en danger et respect des droits individuels […]. Il s'agit là d'une question pratique à laquelle sont confrontés tous les aidants, familiaux et professionnels, dès lors que la personne aidée se met en danger. Deux questions théoriques peuvent dès lors être posées. Qui perçoit ce danger ? Sur quoi faut-il agir, sur le comportement de la personne aidée ou sur son environnement ? » (Weber, 2012c, p.339).

Les consommations d'alcool d'Éric sont jugées dangereuses pour sa santé par les professionnels de la Villa d'Hestia. C'est pourquoi ils cherchent à les réguler : d'abord en lui proposant de venir boire en salle de soins, ensuite en lui interdisant de sortir seul. En agissant ainsi, les professionnels définissent Éric comme une *personne attachée*. Cependant, contrairement à d'autres cas, l'attachement à l'alcool n'est pas envisagé comme une ressource pour l'accès aux soins ; il représente selon l'équipe une entrave vers le bien-être, il faut donc que le patient s'en coupe (ou, en l'occurrence, qu'il en soit coupé). Durant quelques temps, cette approche semble avoir des effets bénéfiques pour la santé d'Éric. Mais en se focalisant

sur sa consommation d'alcool, les professionnels délaissent d'autres aspects de sa personne et c'est pourquoi, me semble-t-il, cette interdiction débouche sur un conflit qui aboutit à son tour sur l'exclusion. D'une part, les professionnels ne tiennent pas compte de l'inscription du patient dans le quartier. Preuve en est, Éric arrive à boire dans l'établissement mais se plaint de ne pas pouvoir sortir. C'est parce qu'il se joue d'autres choses dans ses consommations dans l'espace public : elles lui permettent de s'engager dans de multiples interactions mineures si importantes et si structurantes dans son quotidien. D'autre part, en portant toute leur attention sur sa relation à l'alcool, les professionnels ne cessent finalement de le définir comme un « buveur à problème ». Or, au cours de nos discussions et celles qu'il a dans l'espace public avec des passants et aussi l'éducateur de la Villa d'Hestia, il ne cesse de s'engager dans des *présentations de soi* où le soi est irréductible à cette assignation. C'est ainsi qu'il faut entendre les incessants fragments biographiques qu'il partage. Il n'est pas seulement ce « buveur à problème », il revendique, selon les moments et les interlocuteurs, d'être un père, un homme séparé de sa compagne, un ancien travailleur aux multiples expériences, un gitan, un homme qui a connu différents lieux de vie, *et cætera*. Autant d'autres facettes de sa personne qui ne sont pas considérés par les professionnels, qui sont éclipsées par l'attention concentrée sur la consommation d'alcool. Pourtant, et il me semble que c'est l'un des apports importants de ce cas, un attachement (ici à l'alcool) possède potentiellement de multiples ramifications qui lui sont attachées. C'est cet emmêlement de relations qui rend l'accès aux soins si complexe dans certaines situations.

Conclusion de la deuxième partie

La Villa d'Hestia est un lieu de soin qui est aussi un lieu habité par les patients accueillis. Ce sont une partie des articulations entre (se) soigner et habiter que cette partie a analysée. Le chapitre 4 s'est intéressé aux relations de soins qui se nouent dans l'établissement et dans le quartier où il est situé. Elles engagent une pluralité d'acteurs et prennent des formes multiples. Pour les patients, le soin s'accomplit dans des interactions avec les professionnels, avec les patients cohabitant et aussi, ponctuellement, avec des passants dans l'espace public. Les patients sont à la fois des personnes soignées et des personnes soignantes, selon les situations dans lesquelles ils s'engagent. L'ordre institutionnel des Lits Halte Soins Santé favorise un cadrage soignant des rencontres de face-à-face. Et les liens qui se créent dessinent des collectifs de soins situés sur lesquels les patients peuvent s'appuyer pour prendre soin d'eux. Mais ces réseaux qui se constituent autour de chaque patient et qui se développent lors de leur séjour dans l'institution possèdent des limites : ils ne permettent pas de mener tous les soins. Certains restent aux bords de l'institution comme les soins pour arrêter l'alcool qui paraissent impossible à engager si le patient accueilli n'est pas déjà suivi par ailleurs par un dispositif spécialisé en addictologie. Le manque de relations de la Villa d'Hestia avec ce type de structures ne facilite pas l'accès à ces soins pour les patients qui le souhaiteraient. Par ailleurs, si les patients créent dans cet environnement des réseaux qui leur permettent d'agir sur leurs soins, ceux-ci ne sont que temporaire. À l'exception de rares cas, les patients n'ont pas vocation à rester durablement aux Lits Halte Soins Santé. Ainsi, les relations qui se sont tissés peuvent se rompre lorsque la personne quitte l'établissement, en particulier si elle retourne dans la rue.

Dans le chapitre 5, j'ai montré comment les attachements à l'alcool et aux animaux de certains patients accueillis à la Villa d'Hestia faisaient l'objet de jugements à l'aune de leur *qualité soignante*. Les professionnels s'interrogent et qualifient ces liens, qui comptent pour les *personnes attachées*, au regard de ce qu'ils font aux soins. Dans un premier temps, je me

suis consacré aux relations hommes-animales qui m'ont permis de dégager deux tendances : l'une à la reconnaissance et l'autre à la coupure. Dans la première, les professionnels voient l'animal comme une ressource à considérer pour que le patient accepte l'accompagnement aux soins. Ils vont par exemple trouver une place pour le chien de compagnie d'une personne sans abri, même si cet animal est *a priori* interdit dans l'institution. Dans la seconde, plutôt rare en ce qui concerne la relation aux animaux, il s'agit d'empêcher un attachement potentiellement fort qui ne pourrait perdurer. C'est pourquoi un patient se voit refuser, lors d'une interaction avec une infirmière, la possibilité de garder et d'adopter un chat errant qui occupe le jardin intérieur de l'établissement.

Ces deux tendances ont été approfondis à partir du cas de l'attachement à l'alcool. J'ai rendu compte de différentes expérimentations où les professionnels considèrent une qualité soignante à l'alcool et autorisent sa consommation ou sa possession entre les murs de l'établissement malgré l'interdit règlementaire. À l'inverse, le cas d'Éric a permis d'analyser comment la consommation d'alcool pouvait être définie comme nocive pour la santé du patient et pour ses soins. Reconnaissance et coupure engagent des discussions et des négociations dans lesquelles plusieurs points de vue, potentiellement différent, s'expriment. Entre les professionnels et entre ceux-ci et les patients des désaccords peuvent surgir. Mais ces jugements ne sont pas immuables et peuvent connaître des changements au regard des évolutions de la prise en charge.

Je propose, pour conclure cette thèse, de reprendre les principaux résultats et de souligner les apports théoriques de cette recherche tout en ouvrant de nouvelles pistes d'enquête.

Conclusion générale – La relation de soin à l'épreuve des attachements

Dans cette thèse, j'ai proposé une circulation entre des lieux (l'hôpital, le cabinet du médecin généraliste, des centres d'hébergement non médicalisés, la Villa d'Hestia et l'espace public) qui ont permis de rencontrer une diversité d'acteurs (patients sans abri, professionnels de santé et travailleurs sociaux de l'urgence sociale, médecins généralistes et professionnels hospitaliers) impliqués dans cette action publique qu'est l'accès aux soins des sans-abri. Ces déplacements ont permis de décrire et d'analyser la relation de soin selon différentes configurations interactionnelles : interactions entre patients et interactions entre professionnels ; rencontres de face à face entre patients et professionnels ; présence d'un tiers. Dans cette conclusion, j'invite le lecteur à parcourir, une dernière fois, quelques-unes des situations évoquées pour mettre en lumière les résultats et les questionnements communs qu'elles ont fait émerger. Moment terminal de cette recherche, la conclusion générale est aussi un moment charnière vers d'autres enquêtes. Conclure cette thèse tout en ouvrant de nouvelles perspectives, tel sera donc l'objectif de ces dernières pages. Pour se faire, le concept d'« attachement » me servira de fil rouge pour tirer les principaux résultats de mon enquête et, dans le même mouvement, me permettre d'esquisser des propositions afin de prolonger l'analyse et la compréhension de la relation de soin. En effet, si ce concept est explicitement au cœur du chapitre 5, la question des attachements, au sens de ce à quoi on tient et de « ce qui nous relie » (Micoud & Peroni (dir.), 2010) parcours les différents chapitres. C'est pourquoi je souhaite ici la reprendre en deux temps. Tout d'abord, je reviendrai sur les processus de cadrage du patient sans abri comme « personne » qui conduisent à penser la considération des attachements et ouvre une perspective de recherche, amorcée dans cette thèse, quant à la qualification des attachements dans la relation de soin (1). Ensuite, je m'attacherai à la relation de soin qui engage pour les patients sans abri la création de nouveaux attachements au sein de collectifs hétérogènes, qui ont pour caractéristique

commune une certaine fragilité, et dont les évolutions et les reconfigurations mériteraient d'être analysées sur le temps long (2).

1/ Les cadrages des patients sans abri et de leurs attachements

Dans l'introduction de cette thèse, j'ai élaboré un idéal-type du *patient-comme-personne*, en contrepoint à la figure goffmanienne de la « non personne », pour penser les processus de cadrage des patients sans abri. L'analyse menée permet de conclure sur l'existence de deux types empiriques : le patient comme *personne préjugée* et le patient comme *personne attachée* ; le premier étant plutôt caractéristique du monde médical et le second du monde de l'assistance (a). En s'inscrivant principalement dans le monde de l'assistance, l'enquête révèle que, dans le cadre de la relation de soin, les attachements de la personne attachée font l'objet de jugements quant à leur *qualité soignante* (b). Ainsi, cette thèse contribue, en complément d'autres travaux, à ouvrir une perspective de recherche qui appréhende la relation de soin à l'aune des *processus de qualification des attachements* (c).

a/ La personne préjugée et la personne attachée

L'un des enjeux de cette thèse, annoncé en introduction, était de comprendre comment les patients sans abri sont définis par les professionnels qui les prennent en charge dans le cadre de la relation de soin. L'analyse révèle l'existence de deux types empiriques de cadrage : le patient comme une *personne préjugée* et le patient comme une *personne attachée*, différemment observables selon les mondes sociaux.

Le patient sans abri comme une *personne préjugée* est un patient à qui les professionnels assignent, à partir de quelques caractéristiques administrative (l'absence de domicile) et physiques (l'apparence, les vêtements, l'hygiène), une « étiquette SDF » (Bresson, 1997). Les individus sont rattachés à un groupe social qui gomme leurs singularités et leurs particularités. Leur quotidien, leurs habitudes et ce à quoi ils tiennent sont préjugés à partir d'un type « sans-abri ». La minerve dans le sac de Monsieur Claude est par exemple, pour le gastroentérologue qui la remarque, un indice que le patient s'est fait « bastonner » dans la rue. Ce type de jugement s'observe principalement dans le monde médical et, en particulier, au sein de l'institution hospitalière. Comme on l'a vu dans le chapitre 1, il faut le resituer dans les contextes institutionnels dans lesquels il s'accomplit. Par exemple, dans les services d'urgence, cette manière d'appréhender les personnes sans abri est indissociable des

contraintes temporelles dans lesquels sont pris les professionnels. L'individu défini comme « sans-abri » est perçu comme un patient difficile, dont la durée de prise en charge est anticipée comme longue et complexe, c'est pourquoi ils peuvent l'ignorer ou l'éviter afin qu'il perde patience et qu'il quitte le service. Ce tri des patients a été depuis longtemps documenté par les ethnographies de l'hôpital.

L'apport de cette analyse se situe ailleurs. Mon enquête montre que ces constats d'un mauvais accueil, voire d'un non-accueil, des patients sans abri qui se présentent à l'hôpital a contribué à l'émergence de dispositifs intra-hospitaliers dédiés à l'accès aux soins de ce public dans les années 1990 et 2000. C'est ce que révèle la socio-histoire d'Interface SDF : le Dr. Vignat crée cette équipe mobile, à l'hôpital Saint Jean-de-Dieu, dans le souci de retisser les singularités des sans-abri et de réunifier leurs histoires fragmentées entre différents lieux et plusieurs personnes. En circulant entre les mondes sociaux, les membres de cette équipe cherchent à rassembler des morceaux de leurs histoires et de leurs manières de vivre, à les recoller pour penser la personne dans ce qui la rend unique. C'est aussi ce que révèle l'enquête ethnographique auprès des professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital. Les infirmiers de ce dispositif accompagnent les patients sans abri au sein du monde médical où ils les présentent, auprès des professionnels, comme des *personnes attachées* : elles ont un nom et une histoire, des relations sociales et des habitudes, elles habitent dans des lieux qui ont certaines caractéristiques ; autant d'éléments qui sont à considérer pour définir et accomplir des soins. Ces équipes mobiles médico-sociales peuvent alors être appréhendées comme des dispositifs qui contribuent à un *recadrage* des patients sans abri au sein du monde médical. Ainsi, mon analyse montre comment l'institution hospitalière crée des inégalités d'accès aux soins et, dans le même mouvement, développe en son sein des réponses pour les paliers. Mais ces réponses sont précaires : à la période de mon travail de terrain, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital comprend une assistante sociale, deux infirmiers (1,5 équivalent temps pleins) et la médecin démissionnaire n'a pas été remplacé durant plusieurs mois. Par ailleurs, ils n'ont pas de véhicule, un comble pour une équipe mobile (!) et sont installés dans un local situé à 200 mètres de l'hôpital. Aujourd'hui cette équipe n'existe plus, elle a été remplacée par une Permanence d'Accès aux Soins de Santé qui accueille, dans ce même lieu, des patients sans couverture médicale. Cette recherche invite alors à poursuivre l'enquête sur ces dispositifs hospitaliers et leurs évolutions.

En complément de la *personne préjugée*, la thèse analyse un second type empirique de cadrage : celui de la *personne attachée*. Le patient sans abri est considéré dans ses

attachements, c'est-à-dire dans ce à quoi il tient et dans ses relations d'interdépendances. Il s'agit de la manière dominante de définir les sans-abri dans le monde de l'assistance. En ce sens, cette thèse rejoint de nombreux travaux sociologiques qui ont analysé l'émergence de la « personne » au cœur du travail social (Astier, 2007), une personne « identifiée par ses entours et ses attaches » (Ravon & Ion, 2012, p.81). Ce constat est également au centre de la thèse de Marine Maurin (2017) qui distingue une « grammaire de la personne », dans le système français de l'assistance aux sans-abri, et une « grammaire de la vulnérabilité de genre », dans le système québécois. Au regard de ces travaux, l'un des apports de cette thèse réside dans l'analyse de deux attachements : celui aux animaux et celui à l'alcool. Le premier a déjà été travaillé par Christophe Blanchard (2013) dans sa thèse. Il y analysait le binôme maitre-animal, en s'intéressant aux sans-abri accompagnés de chiens, et soulignait leur difficulté à accéder aux institutions de l'urgence sociale. Ma recherche partage ce constat mais propose une analyse complémentaire, qui se loge dans les bords de l'institution : le binôme peut être accueilli dans une institution où les animaux sont *a priori* interdits ; des chats errants sont présents dans le jardin d'une institution ou dans ses alentours et font faire des choses aux personnes ; une institution peut avoir son propre animal dont la présence entraîne une redéfinition de la relation de soin avec certaines personnes. Ces initiatives qui peuvent paraître marginales ou exceptionnelles, sont des invitations à penser, de manière plus générale, comment des liens, préexistants à l'entrée dans une institution ou qui s'y créent, perdurent ou sont rompus à mesure que les personnes sans abri circulent dans le système de l'assistance.

Par ailleurs, si plusieurs enquêtes se sont déjà penchées sur les pratiques de consommation d'alcool des sans-abri et son importance dans certaines histoires de vie (Roquet, 1999 ; Roquet, 2001 ; Stettinger, 2003 ; Girola, 2007, p.518-535 ; Pichon & Torche, 2011, p.77-84 ; Bruneteaux, 2016, p.105-159), aucune recherche sociologique ne s'était encore focalisée sur la place de ce produit dans la relation de soin ; un paradoxe tant l'alcool est l'objet de nombreuses discussions et de réflexions au sein des institutions de l'urgence sociale. En décrivant comment, à la Villa d'Hestia, l'alcool peut être envisagé par les professionnels comme une ressource ou comme un frein pour l'accès aux soins de certains patients, le chapitre 5 apporte de nouveaux éléments de connaissances sur un sujet encore peu traité par la recherche sur le sans-abrisme. Cette analyse soulève, par ailleurs, une discussion plus générale quant à *la qualité soignante des attachements* qui permet d'engager une réflexion sur les capacités d'agir, articulées aux singularités des personnes.

b/ La qualité soignante des attachements

L'enquête, conduite entre le monde de l'assistance et le monde médical, a permis d'engager une réflexion approfondie sur les enjeux relatifs au cadrage du patient comme *personne attachée*. Dans la relation de soin, certaines (inter)dépendances des patients sans abri sont jugés à l'aune de leur *qualité soignante*. Cela signifie qu'elles peuvent être définies comme des appuis capacitaires pour accéder aux soins ou, au contraire, comme des entraves qui vont à l'encontre des soins. Sur ce point, on peut repérer un paradoxe : alors que le champ sémantique de la *désocialisation* est prégnant chez les professionnels de l'urgence sociale, l'enquête insiste sur le fait que certains de ces professionnels reconnaissent, dans leurs pratiques, l'existence d'*associations* chez les sans-abri qu'ils prennent en charge. Certes, l'absence de relations à laquelle les professionnels font référence lorsqu'ils désignent les sans-abri comme des individus désocialisés ou en rupture de liens (d'avec la famille ou du travail, par exemple) ne sont pas nécessairement les mêmes que celles dont ils peuvent se saisir dans certaines occasions (la relation à l'alcool, par exemple). Néanmoins, ce résultat ouvre, me semble-t-il, une piste de dialogue avec les professionnels de l'urgence sociale quant aux enjeux d'une requalification des sans-abri et des situations de sans-abrisme à partir de leurs propres pratiques.

Plusieurs situations m'ont permis d'élaborer cette analyse des jugements quant à la *qualité soignante* des attachements. Repensons par exemple à l'attachement de Daniel à son chien, abordé dans le chapitre 5. L'équipe de la Villa d'Hestia n'accueille pas seulement le patient mais bien le patient *et* son chien. C'est en considérant cette relation affective que les professionnels sont en mesure de proposer des soins à Daniel et que ce dernier est en capacité de les accepter et de s'y engager. Autre cas, mentionné dans le chapitre 2, les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital réussissent à faire accepter une hospitalisation à Jean Loret pour une hernie, en définissant le patient comme indissociablement uni à sa voiture, rempli d'effets personnels et qui lui sert de lieu de vie. Dans cette situation, soigner la personne, c'est aussi soigner sa dépendance au véhicule habité. C'est ainsi que l'infirmière de l'équipe va se rendre sur place quotidiennement pour vérifier qu'il n'est rien arrivé à sa voiture, avant de lui passer un coup de fil à l'hôpital pour le rassurer et ainsi l'aider à supporter son hospitalisation. Mais le cas de Jean Loret soulève un autre aspect : les définitions d'un même attachement peuvent varier selon les personnes et évoluer dans le temps. Ainsi, si tous les professionnels impliqués dans cette situation

reconnaissent son existence, tous ne le définissent pas de la même manière. C'est ainsi qu'une professionnelle, lors d'une réunion, estime qu'« il nous prend en otage avec sa voiture ! » La qualité soignante est révisée et discutée. Elle est une affaire de points de vue, de perspectives sur la personne et ce à quoi elle tient. L'attachement à celle-ci n'est alors plus envisagé comme un appui capacitaire mais, plutôt, comme une entrave, un problème qui limite l'action. Son hospitalisation indique, me semble-t-il, que les jugements normatifs peuvent être provisoirement suspendus au nom de l'accès aux soins. La voiture n'est pas considérée comme un espace habitable par les professionnels, leur accompagnement vise justement à ce qu'il vive ailleurs. Néanmoins, pour qu'il accepte d'être opéré, ils reconnaissent qu'il s'agit d'un espace habité.

Cette multiplicité des points de vue et cette évolution des définitions ont pu être décrites dans le cas d'Éric, traité dans le chapitre 5. J'ai retracé les dernières semaines de ce patient à la Villa d'Hestia, à partir du moment où l'équipe lui a interdit de sortir seul afin de l'empêcher de boire. Au nom de la santé du patient, il faut le couper de cet dépendance à l'alcool dont l'existence est unanimement reconnue. C'est parce qu'elle est définie comme non-soignante et même comme nocive pour Éric qu'il faut l'en couper. Cependant, cette définition n'est pas partagée par tous les protagonistes de cette prise en charge. Des désaccords apparaissent entre les professionnels et entre les professionnels et le patient quant à cette décision. Par exemple, dans certaines occasions, l'éducateur de la Villa d'Hestia et le patient évoquent les potentiels apports de l'alcool pour la relation de soin. Ils définissent autrement cet attachement. Ce cas est d'autant plus complexe que, pour Éric, la consommation d'alcool est enchevêtrée à un d'autres plaisirs, notamment à celui d'être hors les murs de l'institution et à passer du temps dans l'espace public. Les désaccords ouvrent sur un conflit qui se termine par l'exclusion du patient. Les dernières semaines du séjour d'Éric à la Villa d'Hestia nous montrent que juger la qualité soignante des attachements n'est pas qu'une affaire de professionnels. Les patients aussi ont leur mot à dire et peuvent partager les jugements des professionnels ou s'y opposer. Enquêter sur la manière dont ils définissent certains de leurs attachements contribue ainsi à repenser leur participation aux soins dans lesquels ils sont engagés.

Si j'ai analysé comment certains attachements sont qualifiés, par les professionnels et les patients, à l'aune de leur *qualité soignante*, je ne prétends nullement qu'il s'agisse de la seule dimension sur laquelle s'établissent les jugements. D'autres enquêtes mériteraient d'être menées pour discuter cette *qualité soignante* mais aussi pour en révéler de nouvelles.

c/ Suivre les qualifications des attachements des patients dans la relation de soin

Pour terminer cette première partie de la conclusion, je souhaite réinscrire cette thèse vis-à-vis de travaux sociologiques consacrés à la notion d'attachement afin de respécifier les apports de ma démarche ; et, ainsi, de formuler une perspective de recherche plus générale, qui a été ici amorcée, quant à une *analyse des processus de qualification des attachements dans la relation de soin*.

D'abord, rappelons que plusieurs travaux sur le sans-abrisme se sont arrêtés sur les attachements que (re)créent les personnes sans abri. Dans ces recherches, la question des attachements est indissociablement liée à celle de l'habiter. Claudia Girola (2007 & 2011) insiste sur les attachements à des lieux, à des personnes et à des objets que tissent ou gardent les personnes sans abri. Pascale Pichon, Élodie Jouve, Katia Choppin et David Grand (2010) font des attachements une des quatre composantes de leur théorie ancrée de l'accès aux chez soi avec l'aménagement, l'appropriation et l'ancrage. Et Édouard Gardella (2019) explique le « sans-abrisme sédentarisé » et les refus d'hébergement des personnes qui habitent l'espace public à partir de leurs attachements, en particulier les relations sociales qu'ils ont nouées dans cet environnement. Ces enquêtes prennent le contre-pied de travaux, notamment sur la « désocialisation », qui envisagent les sans-abri comme des « hommes ni d'ici ni d'ailleurs », pour reprendre la formule de Claudia Girola (2007, p.39), comme des personnes « sans attache ». De manière plus ou moins explicite, ces recherches partagent des affinités théoriques avec la sociologie des attachements que promeut Antoine Hennion (2004, 2010, 2013 & 2015) et avec le travail de Marc Breviglieri (2006 & 2013) qui articule, lui aussi, la question des attachements avec une réflexion sur l'habiter. Dans un article consacré aux soins à domicile (Breviglieri, 2012), ce dernier analyse comment le soin ne doit pas porter sur un individu isolé mais sur une *personne attachée*, une personne qui *habite* un environnement. Comme nous l'avons vu tout au long de cette thèse, c'est une proposition dont j'ai essayé de me saisir pour comprendre comment les professionnels interviennent auprès de personnes attachées et comment ils définissent leurs attachements. Ce souci pour la qualification des attachements opère un décalage, complémentaire, par rapport aux travaux de Marc Breviglieri. Dans ce même article, le sociologue écrit ceci :

> « L'expérience du monde familier habité apporte une mobilité facilitée dans un espace enveloppant bienveillant, un frayage dans l'aisance, la sédimentation de repères sensoriels qui consolident un attachement, un ancrage stabilisé à travers les choses-qui-vont-de-soi, un refuge consolant et permettant le repos, la détente et la

> récupération de l'effort de devoir subir, la rêverie et les parcours hasardeux de l'imagination, etc. Or tout ce qui se met en jeu ici, non seulement produit un bienfait considérable pour la personne, mais reste en un sens *inestimable*. Inestimable, car c'est là que toute capacité trouve une assurance nécessaire pour s'armer. Inestimable aussi, car les êtres et les choses qui se partagent dans l'habité à travers le temps sont ressentis sous la dimension affective, singulière, insubstituable et incommensurable de l'*attachement* ; aussi, aucune considération ne nous permet d'en estimer exactement, c'est-à dire par la mesure objective, l'apport exact. Voilà sur quoi la question de l'évaluation vient inévitablement buter. » (Breviglieri, 2012).

Je souscris largement à la première partie de cette citation. Cependant, la seconde partie soulève une interrogation : selon qui « l'expérience du monde familier habité » et les attachements qui s'y tissent sont-ils inestimables ? Est-ce le sociologue qui s'exprime ? S'agit-il des personnes qui habitent à domicile ou des professionnels qui y interviennent ? Mon enquête m'amène à me positionner vis-à-vis de ces questions. Il faut suivre comment les manières d'habiter et, plus spécifiquement, les attachements des patients sans abri font l'objet de jugements de la part des professionnels et des sans-abri eux-mêmes. Pour les acteurs impliqués dans la relation de soin, ils ne sont pas inestimables, leur valeur est discutable et discutée, ils font l'objet d'une considération ou d'une déconsidération à l'aune de ce qu'ils peuvent apporter pour les soins. Ainsi, cette thèse propose une *analyse des processus de qualification des attachements des patients dans la relation de soin*. Comment et par qui les attachements sont-ils qualifiés et requalifiés ? Et que font ces (re)qualifications à la relation de soin ? Telles sont des questions auxquelles j'ai essayé de répondre en analysant la *qualité soignante* des attachements ; et telles sont des questions qui pourraient servir de point de départ pour engager une enquête sur la relation de soin au prisme des attachements. Cette perspective de recherche rejoint celle ouverte par le travail d'Édouard Gardella (2019) sur les refus d'hébergement. Dans les deux cas, il s'agit de comprendre comment les professionnels appréhendent, dans le cadre de la relation de soin, les personnes sans abri dans leurs différentes interdépendances[419].

Par ailleurs, les qualifications des attachements devraient être décrites tant dans une perspective ethnographique que socio-historique. En effet, les archives peuvent nous permettre de saisir la manière dont certains attachements ont été définis à différentes époques et dans d'autres contextes institutionnels. On pourrait ainsi essayer de retracer l'histoire d'un

[419] Cette perspective invite à la comparaison avec des enquêtes portant sur d'autres publics que les personnes sans abri. Elle fait par exemple écho à des recherches sur les soins palliatifs qui ont montré comment les professionnels accueillent les patients inscrits dans leurs relations et mettent en place des arrangements pour qu'ils puissent par exemple continuer à fumer (Haeringer, 2017) ou venir accompagné de leurs animaux (Castra, 2003).

attachement (Breviglieri, 2013) ou, tout du moins, d'esquisser une histoire de la manière dont il a pu être qualifié, selon les périodes historiques, les institutions et les acteurs impliqués. C'est ce que commence à faire cette thèse pour les cas des attachements à l'alcool et aux animaux. J'ai par exemple montré comment des réflexions ont été menées, en 1997, au sein du Secrétariat d'État auprès du Premier Ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence afin de penser l'accueil des sans-abri avec leurs animaux dans les institutions de l'urgence sociale. En complément, j'ai analysé comment le binôme homme-animal est diversement qualifié et appréhendé en 2015 à la Villa d'Hestia et en 2019 dans le centre d'hébergement Riboud. En un peu plus de vingt ans on peut ainsi déceler des évolutions : si l'accueil des personnes accompagnées d'animaux reste globalement difficile dans le monde de l'assistance, des arrangements sont possibles avec certaines structures et des dispositifs dédiés se développent (par exemple les dispensaires vétérinaires). De même pour l'attachement à l'alcool. Je l'ai d'abord approché dans les années 1960, à partir de mon enquête archivistique. On a vu comment, au sein de l'association le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, le président-fondateur Gabriel Rosset appréhendait à cette époque ce « mal » sur un ton moralisateur, aussi lié aux fondements religieux de l'association. L'enquête à la Villa d'Hestia, en 2015, montre comment cette addiction, si elle est toujours un trouble aux yeux des professionnels, peut aussi être une ressource pour favoriser l'accès à des soins. Cette requalification de l'attachement des sans-abri à l'alcool entre ces deux terrains, ces deux époques et ces deux institutions s'inscrit aussi, plus largement, dans le développement d'une politique de réduction des risques depuis les années 1990. Une enquête socio-historique sur la qualification de l'attachement à l'alcool dans différentes institutions d'hébergement et donc sur différentes modalités de prise en charge entre interdiction et autorisation permettrait de retracer les évolutions de la relation de soin en prise avec les addictions.

2/ Les soins et l'inscription dans de nouveaux attachements

Aux processus de qualification des attachements des patients sans abri, cette thèse invite à penser comment les soins impliquent la création de nouveaux attachements et l'inscription dans de nouveaux *collectifs*. Ceux-ci sont composés d'une diversité d'acteurs qui contribuent à élargir les capacités d'agir sur les soins des patients sans abri et les rendent sujets de (leurs) soins (a). Cependant, l'enquête permet de comprendre que ces collectifs demeurent fragiles *temporellement* et *structurellement* ; si l'accès aux soins est difficile pour les patients sans

abri, le maintien des soins l'est tout autant (b). Ces analyses pourraient être poursuivies en enquêtant sur *la reconfiguration et l'évolution de ces collectifs au cours du temps* pour penser les continuités et les ruptures dans ces réseaux (c).

a/ Collectifs de soins et écologie des capacités

En introduction, j'interrogeais, en m'appuyant sur les réflexions de Robert Castel, en quoi les soins engagent pour les patients l'inscription dans de nouveaux « collectifs ». La thèse apporte plusieurs réponses à cette question initiale tout en soulignant l'hétérogénéité de ces collectifs. Reprenons le manuscrit à rebours. La partie 2 a été consacrée aux relations de soins à la Villa d'Hestia, une structure d'hébergement médicalisée. Ici, chaque patient s'inscrit différemment dans un collectif composé d'autres patients accueillis, des professionnels de l'établissement voire même de passants et d'habitants du quartier. Au centre de ce réseau de relations, le patient cristallise potentiellement les soins et l'attention de chacun des membres de ce collectif. Les autres patients sont susceptibles de prendre de ses nouvelles, de s'inquiéter de son état de santé, de lui donner des conseils d'ordre médical, de l'aider ; les professionnels vont s'engager dans les mêmes activités en y ajoutant des soins techniques comme par exemple la réalisation de pansements ; et les passants peuvent, eux-aussi, s'engager dans des formes de prendre soin par exemple en raccompagnant un patient en état d'ivresse. Mais le patient, au centre de ce collectif qui se constitue autour de lui, est aussi un membre du collectif qui s'est construit autour d'un autre. Ainsi, les places et les rôles varient selon les situations : soignée, la personne est susceptible de devenir soignante quelques minutes plus tard ; soignante, elle peut redevenir soignée. Le souci des autres est mutuel et partagé. Cette place si importante des soins dans les rencontres de face-à-face est indissociablement liée au fonctionnement et aux missions de la Villa d'Hestia ; le cadre institutionnel favorise ainsi un cadrage soignant des interactions. Dans cet environnement où les soins sont si prégnants, les patients, en étant *objets* de soins, deviennent des *sujets* de soins. Ils participent, de différente manière, à leurs soins et peuvent même en envisager de nouveaux. C'est ainsi qu'il faut comprendre la situation de Monsieur Dutret relatée dans le chapitre 4. Admis à la Villa d'Hestia pour consolider une fracture du coude, il se projette dans des soins en addictologie pour arrêter sa consommation d'alcool. Il se rend dans un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), à Villeurbanne, mais les professionnels de ce centre ne peuvent l'accompagner avant plusieurs mois. Monsieur Dutret

tente alors de négocier son retour à la Villa d'Hestia auprès du médecin, d'un infirmier et de l'assistante sociale pour être accompagné dans sa volonté déclarée d'arrêter l'alcool. Cependant, faute d'un suivi en addictologie déjà existant, le médecin lui signale qu'ils ne peuvent le reprendre car l'institution n'est pas un lieu de soins en addictologie. Ce cas est important à double titre. Premièrement, il permet de comprendre que l'environnement soignant que constitue la Villa d'Hestia peut contribuer à faire émerger de nouveaux horizons de soins auxquels elle n'est pas forcément en mesure de répondre. Deuxièmement, il illustre que le collectif qui émerge dans cet environnement est un collectif circonscrit à l'institution. Il existe peu de liens avec d'autres établissements de soins situés à proximité ; une différence avec les centres d'hébergement non médicalisés.

Dans la partie 1, en circulant avec les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, j'ai montré le travail « micro-politique » (Emerson& Messinger, 2012 [1977] de ces professionnels qui cherchent à créer des collectifs autour des patients qu'ils prennent en charge. Ces collectifs se constituent entre le monde médical et le monde l'assistance et réunissent une diversité d'acteurs : professionnels hospitaliers, médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens ou encore professionnels d'un laboratoire d'analyses médicales. Chacune de ces personnes peut s'envisager comme une ressource potentielle, un appui sur lequel le patient pourra compter pour agir sur ses soins. Il s'agit d'un réseau de prises dont il est susceptible de se saisir ; les attachements tissés au sein de chaque collectif distribuant une capacité d'agir sur les soins. Pour que le collectif fasse office de support dans l'accès aux soins du patient, les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital s'engagent dans une pratique de présentation de ce dernier afin de nouer des relations personnalisées censées simplifier les prises en charge. Ce travail de maillage autour du patient favorisent les interdépendances entre des professionnels et entre des institutions. Des strates de collectifs se superposent. C'est ce qu'illustre la situation de Madame Dalkocha, analysée dans le chapitre 3, une femme albanaise hébergée dans un centre d'hébergement non médicalisé. Sans couverture médicale, elle doit faire des examens en laboratoire avant une hospitalisation pour un cerclage lié à sa grossesse à risque. Parce que le laboratoire d'analyses médicales, situé à une cinquantaine de mètres du centre d'hébergement, a déjà reçu des hébergés de cette institution, ils acceptent de recevoir Madame Dalkocha et d'être payés ultérieurement. La relation de confiance qui s'est tissée entre les deux lieux à partir d'autres hébergés facilite la prise en charge de cette personne et permet qu'elle soit toujours en capacité de suivre ses soins malgré sa situation administrative. Ce cas indique également

qu'une partie des relations qui composent ces collectifs de soins s'établissent dans un environnement situé, ici le quartier. Dans le même ordre d'idée, on repense également aux « liens privilégiés » que nouent le Centre Gabriel Rosset, dans la seconde moitié des années 1990, avec une pharmacie située à proximité afin de faciliter la récupération des médicaments. Les collectifs doivent ainsi se penser à l'aune d'une « écologie des capacités[420] » : les capacités d'agir sur les soins des patients sont intimement liées aux environnements dans lesquels ils se trouvent, que ce soit la Villa d'Hestia ou des structures d'hébergement non médicalisées. Ces environnements ne sont pas déjà-là ou déjà constitués : ils sont composés de « prises » (Gibson, 2014 [1979] ; Joseph, 1997) qu'il faut savoir identifier et dont il faut savoir se saisir.

La relation de soin engage ainsi un double travail sur les attachements : une (dé)considération des attachements des patients sans abri, des attachements qui préexistent à la relation de soin (comme on l'a vu précédemment avec les cas des animaux, de la voiture et de l'alcool) ; la création de nouveaux attachements qui dessinent des collectifs de soins situés autour de ces patients et qui élargissent leurs capacités à agir sur les soins. La *personne attachée* est donc aussi une *personne à réattacher*. Néanmoins, ces collectifs sont difficiles à créer et à maintenir ce qui rend l'accès aux soins des sans-abri et leur continuité complexe.

b/ Fragilité culturelle et fragilité temporelle des collectifs

Si cette thèse permet de comprendre comment des collectifs de soins situés émergent autour des patients sans abri, elle pointe également leurs fragilités structurelles : une *fragilité culturelle* et une *fragilité temporelle*.

L'accès aux soins des personnes sans abri est une action publique qui s'articule entre deux mondes sociaux : le monde médical (et à l'intérieur les sous-monde de la psychiatrie et de l'addictologie) et le monde de l'assistance. Et les collectifs de soins regroupent des acteurs situés dans chacun de ces mondes : d'un côté les travailleurs sociaux des centres d'hébergement qui peuvent, par exemple, s'impliquer dans une cogestion des médicaments avec une personne sans abri hébergée ; de l'autre, des professionnels médicaux ou

[420] Je reprends cette idée à Daniel Cefaï (2016) qui, dans un court texte intitulé « Le Wiko est un mirage… », écrit : « L'enquête sur les capabilités implique alors de prendre en compte des institutions sociales, des formations pédagogiques, des dispositifs d'aménagement des espaces et des temps de vie, des distributions de biens et de services, mais aussi de droits et de responsabilités. Ce qui se dessine alors est une écologie des capabilités. »

paramédicaux, comme par exemple des infirmiers libéraux qui peuvent passer dans le centre d'hébergement pour faire un soin à un hébergé. En suivant les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital dans les centres d'hébergement non médicalisés, l'enquête révèle leur rôle de traducteur pour lever des malentendus, pour définir des termes, pour décrypter des situations et orienter les travailleurs sociaux et les personnes sans abri. Ils assurent un travail de liaison et de facilitateur entre les différents mondes sociaux et entre les acteurs qui composent chaque collectif de soins. Les difficultés et les doutes que partagent les travailleurs sociaux avec ces infirmiers lorsqu'ils les rencontrent indiquent la complexité que peuvent représenter pour eux les questions médicales si présentes dans le quotidien de ces institutions sociales. Ma thèse rejoint sur ce point celle de Vianney Schlegel (2019) qui montre comment les frontières professionnelles demeurent entre les travailleurs sociaux et les professionnels médicaux ou paramédicaux qui interviennent auprès des sans-abri. Dans la tradition sociologique de Chicago, chaque monde social est une « aire culturelle » (Shibutani cité dans Strauss, 1992 [1978]). Ici, la « culture » doit s'entendre comme « cet entrelacement de perspectives organisées, stabilisées et partagées, qui s'ancrent dans l'environnement de signes et de symboles où vivent, se meuvent et s'orientent les animaux humains. Les participants à un monde social apprennent à le maîtriser essentiellement par l'usage, en découvrant en pratique le caractère récurrent et commun des configurations de significations et de valeurs qui se donnent en situation » (Cefaï, 2015). Chaque professionnel évolue dans une aire culturelle et maitrise plus ou moins les logiques et les perspectives d'un autre monde social. C'est en cela que les collectifs de soins ont une *fragilité culturelle* : tous les acteurs qui y sont impliqués ne possèdent pas les mêmes codes et ne parlent pas le même langage, comme nous l'avons vu dans la partie 1. Les traductions qu'opèrent les infirmiers de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital sont donc essentielles pour faire tenir ces collectifs. Cependant, que se passe-t-il lorsqu'ils ne sont pas présents ? Aujourd'hui, l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital a été remplacée, au sein de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, par une Permanence d'Accès aux Soins de Santé « classique » : un lieu fixe où les personnes peuvent se rendre. Elle a officiellement conservé un volet mobile mais qui n'a rien à voir avec ce que j'ai pu observer et décrire dans ce manuscrit. Dans ce contexte, il serait intéressant de prolonger cette enquête en allant observer, dans des institutions d'hébergement non médicalisées, comment l'accès aux soins des hébergés s'organise, comment les collectifs de soins se constituent et quelles formes prennent-ils ?

À cette première fragilité d'ordre culturel, s'ajoute une fragilité qu'on pourrait qualifier de *temporelle*. Les collectifs de soins émergent dans des environnements situés dans lesquels les patients sans abri n'ont pas vocation à rester. C'est ce que nous avons vu aux Lits Halte Soins Santé, qui sont d'abord un lieu de passage, un espace transitoire. Certes, il existe des exceptions liées à l'état de santé de certains patients : on repense à Étienne, accompagné dans sa fin de vie par les professionnels de la Villa d'Hestia, ou à Monsieur Palay, qui ne quittera pas l'institution à moins d'obtenir une place dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Cependant, pour la majorité des patients admis dans la structure, le séjour est provisoire. Les collectifs de soins qui s'élaborent à la Villa d'Hestia n'ont donc pas vocation à durer. C'est ce que rappelle de manière tragique le départ de Daniel qui décède quinze jours après la fin de son séjour et son retour à la rue. Quelques jours après son retour à la rue, il revenait à la Villa d'Hestia pour prendre ses médicaments auprès de son frère qui les lui gardait. On voit ici comment les soutiens pour agir sur les soins sont mis à mal par le départ de l'institution et se reconfigurent.

Il en est de même pour ceux qui émergent dans les institutions d'hébergement non médicalisées, qui sont toujours pensées comme une étape vers une « sortie de la rue », selon le fameux modèle du parcours en escalier qui organise encore l'urgence sociale. Ces circulations dans le « système de l'habitat précaire » (Pichon, 2002), ces déplacements entre différentes institutions, entre différents lieux de vie et entre différents environnements fragilisent les collectifs de soins situés qui peuvent se former et, par conséquent, altèrent les capacités des patients à agir sur leurs soins. Pour les patients qui retournent à la rue après un séjour aux Lits Halte Soins Santé, le changement est radical et même violent. Du jour au lendemain, ils ne peuvent plus compter sur les professionnels et les patients de l'institution pour s'occuper de leur santé et de leurs soins. Ainsi, la « vulnérabilité de l'habiter » (Gardella & Choppin, 2013) qu'engendre un fonctionnement institutionnel qui limite voire empêche l'inscription durable dans certains environnements se traduit également par une vulnérabilité sanitaire. Par vulnérabilité sanitaire, je n'entends pas, ici, un mauvais état de santé ; de nombreuses enquêtes statistiques et épidémiologiques, citées en introduction, ont déjà montré en quoi la vie entre la rue et les centres d'hébergement entraîne une dégradation de l'état de santé des personnes sans abri. Par vulnérabilité sanitaire, j'entends la fragilisation des capacités à agir sur les soins. Créer et organiser un collectif de soins autour d'un patient demandent du temps. C'est pourquoi, comme on l'a vu dans le chapitre 3, l'application du principe de continuité de l'hébergement, suite de la mobilisation de l'hiver 2009-2010, a

favorisé l'accès aux soins des hébergés, avec des formes de « soins à domicile ». C'est parce que les personnes peuvent rester plus durablement dans un établissement que des liens peuvent être créés avec des professionnels du monde médical et notamment avec ceux du « droit commun ». Il faut ici mettre en avant toute la portée politique de ce travail d'accès aux soins de « droit commun ». Les professionnels qui accompagnent les personnes sans abri ne cherchent pas seulement à les soigner, mais à les soigner entant que « citoyens » (Parizot, 2003) dans des espaces *communs* qui doivent leur rester accessibles.

L'analyse de la fragilité temporelle des collectifs de soins amène une articulation possible avec la proposition d'Édouard Gardella (2016) et que nous travaillons actuellement dans le réseau de recherche *Aux frontières du sans-abrisme*, quant à un « droit à habiter ». Ce droit à habiter pourrait se penser, se compléter voire se revendiquer, en lien avec un droit à l'accès et à la continuité des soins. En effet, l'article L1110-1 du code de Santé Publique stipule :

> « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

Or cet accès et cette continuité des soins sont rendus possibles par des collectifs qui ne peuvent se former qu'à condition que les personnes sans abri puissent habiter durablement un environnement à partir duquel elles pourront être rattachées et se rattacher à des acteurs qui constitueront des prises pour agir sur leurs soins. Aussitôt formulée, cette affirmation soulève une question. L'articulation ainsi posée ne risque-t-elle pas de faire de ce droit à habiter un droit réservé ou accordé en priorité aux sans-abri malades ? Cette interrogation se rapproche, comme on l'a vu dans le chapitre 3, du risque, identifié par certains professionnels, que le droit à l'hébergement devienne un droit réservé aux sans-abri malades dans un contexte de manque de places dans les institutions d'hébergement au sein des grandes agglomérations françaises. Cette conclusion ne vise donc pas à trancher ce point mais la thèse ouvre des pistes de réflexions, me semble-t-il, pour penser ensemble un droit à habiter et un droit à la santé (ou à l'accès aux soins et à leur continuité) des sans-abri. C'est une perspective à la fois de recherche mais aussi une perspective pratique.

c/ Suivre les reconfigurations des attachements

Les fragilités structurelles et temporelles des collectifs de soins ouvrent sur une perspective de recherche relative à la reconfiguration des attachements des patients sans abri dans le cadre de la relation de soin.

Partant du double constat analysé dans cette thèse, à savoir que le soin engage la création de nouveaux attachements pour les patients sans-abri et que ces collectifs qui émergent sont fragiles structurellement et temporellement, il serait intéressant d'enquêter, de manière diachronique sur ces réseaux et leurs évolutions. En effet, pour interroger la continuité des soins des personnes sans abri, il faudrait comprendre comment les collectifs dans lesquels elles s'inscrivent évoluent au cours du temps et au regard de leurs déplacements entre différents lieux de vie placés sous ou hors le regard de l'assistance. L'écologie des capacités, engagée dans cette thèse, s'enrichirait ainsi d'une réflexion sur les parcours biographiques des sans-abri. Une telle perspective permettrait de comprendre comment les capacités à agir sur les soins des personnes sans abri se reconfigurent à la croisée des environnements dans lesquels ils prennent place et qu'ils habitent et des évolutions de leur état de santé et des expériences qu'ils accumulent au cours du temps. D'un point de vue méthodologique, ce travail pourrait être mené via des entretiens répétés qui permettraient de retracer le plus précisément possible le parcours des personnes et la reconfiguration de leur collectif de soins[421]. En complément des entretiens, un suivi ethnographique des personnes sans abri sur le temps long pourrait également être conduit[422].

Pour terminer cette thèse de la même manière que je l'ai commencé, à savoir par un échange, je voudrai revenir sur ma dernière rencontre avec José, un homme dont j'ai fait connaissance à la Villa d'Hestia. Le 29 octobre 2015, après plus de seize mois passés à la Villa d'Hestia, José quitte l'établissement pour un foyer logement non médicalisé pour personnes âgées, situé dans le quartier de la Croix-Rousse, à Lyon. Le départ a lieu l'après-midi. Le matin, quand je le vois, je lui demande comment il se sent. Il est partagé quant à son départ : « J'avais mes marques ici, je connaissais tout le monde et tout le monde me connaissait. Même si le collectif ce n'était pas toujours facile, on a quand même passé de bons moments. » Il me paraît triste de quitter l'institution, appréhende le futur dans un nouvel établissement, un nouveau quartier.

[421] Cette démarche s'inspire de celle menée par Pascale Pichon avec Tierry Torche (2011). D'ailleurs, le réseau relationnel de Tierry Torche est reconstitué à quatre moments de sa vie.

[422] Cette démarche s'inspire de celle conduite par Patrick Bruneteaux (2016) avec Georges, qu'il a côtoyé durant plusieurs années.

Son ton contraste avec celui de certains professionnels, enjoués, heureux de savoir que José ne quitte pas la Villa d'Hestia sans solution et que son passage aux Lits Halte Soins Santé lui a permis de trouver un logement. Marie, qui travaille aux Appartements de Coordination Thérapeutique, mais qui a passé du temps auprès des patients des LHSS pour mettre en place des animations – comme un atelier théâtre auquel a participé José – le salue avec enthousiasme :

MARIE : Bonjour José. Ah mais c'est aujourd'hui le départ ?!

JOSE : Et oui, hélas…

Marie le rassure en lui disant qu'il prendra ses marques comme il les a prises ici, qu'il rencontrera de nouvelles personnes et lui suggère de s'inscrire dans une association, par exemple un « club de mots fléchés », lui qui aime bien en faire. Il lui répond, sans grande conviction, que « c'est une bonne idée » et qu'il verra ce qu'il y a. Marie le laisse en l'invitant à revenir leur rendre visite, ça leur ferait « plaisir ». L'après-midi, je l'accompagne au foyer logement avec l'éducateur. Lors du trajet en voiture, il se confie sur son séjour :

JOSE : « J'ai bien aimé mon séjour […]. Je suis heureux et malheureux, je suis très partagé aujourd'hui. C'est le sentiment qui domine. D'un côté oui, parce que ça fait 16 mois que j'étais à la Villa et d'un autre côté non parce que j'avais mes marques, je connaissais tout le monde, tout le monde me connaissait. J'ai même eu droit à des retours d'affection comme vous avez pu le voir [*il fait référence au fait que la cadre de santé lui a fait la bise lorsqu'il est parti*]. Toutes les choses sont périssables dans la vie, on pourra philosopher autant qu'on voudra c'est comme ça… »

Le départ est difficile. Je retourne le voir quelques semaines plus tard dans le studio qu'il occupe au sein de ce foyer logement. Il reviendra à la Villa d'Hestia à l'occasion de l'exposition photographique. Et je le verrai une dernière fois le 24 mai 2016. La semaine précédente je lui avais passé un coup de fil pour prendre de ses nouvelles ; je n'en avais pas eues depuis l'exposition. Il allait bien et m'avait invité à passer le voir ce jour-là. Il m'accueille chez lui, m'invite à m'asseoir et m'indique les changements dans l'aménagement de son studio : il a acheté une petite télévision, des livres et aussi une nappe fleurie qui recouvre la table. Il lui reste quelques cartons dont il ne sait que faire faute de place dans son armoire. Et il n'envisage pas d'en ajouter une autre : « C'est serré ici », me fait-il remarquer en rigolant. On discute longuement, il me demande des nouvelles de la Villa d'Hestia mais je n'y suis plus retourné depuis le mois de février. Il m'informe qu'il a croisé Hugo, l'un des infirmiers de l'institution, qui habite le quartier. Ils sont allés boire un verre ensemble. À cette

occasion, il a appris que Monsieur Farliard, un patient dont il était proche, a trouvé une place dans un Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes. Il ajoute qu'il a gardé contact avec Charlotte, une ancienne patiente ; ils s'appellent de temps en temps pour discuter. Il me dit qu'elle a « trouvé quelque chose qui lui convient bien apparemment », sans me préciser où. Ils vont essayer de se revoir. Il se demande également ce qu'est devenu Éric depuis son exclusion, un mois avant son départ de la Villa d'Hestia. Je l'informe qu'il est hébergé au Centre Gabriel Rosset. Il fait la grimace ; il n'y est jamais allé mais il connaît la mauvaise réputation de l'établissement. Une infirmière d'Interface SDF doit venir la semaine prochaine ; habituellement c'est le psychiatre, qui le suit depuis son arrivée à la Villa d'Hestia, qui lui rend visite une fois par mois mais il a actuellement des problèmes de santé. Des bénévoles des Petits Frères des Pauvres viennent également le voir une fois par semaine. Il imagine qu'ils ont été contactés par les travailleurs sociaux des Lits Haltes Soins Santé, sans en être sûr. Il estime que ça lui « fait du bien de discuter avec eux ». Il continue de recevoir la visite d'un infirmier à domicile. Le midi, il prend le repas dans un réfectoire avec d'autres habitants du foyer logement. Il a « sympathisé avec des personnes » mais précise que « ce n'est pas comme à la Villa ». Il mentionne seulement une dame, qui habite au 4ème étage de la résidence et qu'il raccompagne chez elle après le repas car « elle a des problèmes de motricité ». Notre conversation montre comment le collectif de soins se reconfigure autour de José, depuis qu'il a quitté la Villa d'Hestia. Des attachements ont été coupés (avec les professionnels de la Villa d'Hestia et avec plusieurs patients), d'autres se sont redéfinis (avec Charlotte et le psychiatre d'Interface SDF) et d'autres émergent (avec des bénévoles des Petits Frères des Pauvres). Le lien qui nous unit évolue, lui aussi : lorsqu'il était à la Villa d'Hestia on se voyait plusieurs fois par semaine ; maintenant, les rencontres sont plus espacées. Après cet après-midi passé ensemble, nous nous rappellerons une fois et, probablement parce chacun est pris dans son quotidien, nous ne nous donnerons plus de nouvelles. Néanmoins, terminer par cette dernière situation ouvre une piste pour poursuivre l'enquête et penser la relation de soin à l'épreuve des attachements.

Bibliographie

Abbott Andrew & Egloff Rainer, 2008, « The Polish Peasant in Oberlin and Chicago », *The American Sociologist*, n°39, p.217-258.

Adam Philippe & Herzlich Claudine, 2016 [1994], *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.

Agee James & Evans Walker, 1993 [1939], *Louons maintenant les grands hommes. Alabama : Trois familles de métayers en 1936*, Paris, Plon.

Akrich Madeleine & Méadel Cécile, 2009, « Les échanges entre patients sur l'internet », *La presse médicale*, n°38, p.1484-1493.

Anchisi Annick, 2014, « Le partenariat entre familles et maisons de retraite à l'entrée d'un parent âgé dément : une rencontre fictive », dans Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise & Douguet Florence (dir.), 2014, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.183-192.

Anderson Nels, 2018 [1923], *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin.

Antoniadis Leonardo, 2012, « Les lieux publics de la survie quotidienne. Choix photographiques dans une enquête exploratoire réalisée à Paris » dans Pascale Pichon & Marie-Haude Caraës (dir.), *La recherche s'expose. Espace public et sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Cité du Design, p. 118-127.

Aranda Mauricio, 2019a, *Une assistance à deux vitesses. Socio-histoire de l'hébergement social des sans-abri depuis les années 1950*, Thèse de doctorat en sciences politiques, Université Paris Nanterre.

Aranda Mauricio, 2019b, « De bons vagabonds pour l'État. L'extension ambivalente de l'aide sociale à l'hébergement (1959) », *Politix*, n°127, p.85-107.

Aranda Mauricio, Maurin Marine & Uribelarrea Gabriel, 2018, « Débattre du sans-abrisme : retour sur un colloque international », *Lettre de l'ONPES*.

Aranda Mauricio & Simonpoli Nicolas, 2018, « Aller aux archives, entrer sur le terrain ? Sur les conditions sociales d'enquêtes en "terrain archivistique" », *Genèses*, n°112, p.123-139.

Arborio Anne-Marie & Fournier Pierre, 2015 [1999], *L'observation directe*, Paris, Armand Colin.

Argoud Dominique avec la collaboration de Le Borgne-Uguen Françoise, Mantovani Jean, Pennec Simone & Pitaud Philippe, 2004, *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*, Paris, Dunod.

Armstrong David, 1984, « The Patient's View », *Social Science & Medicine*, Vol.18, n°9, p.737-744.

Arnaud Amandine & Vandentorren Stéphanie, 2013, *Enquête Hytpeac - Hygiène de la tête aux pieds. Ectoparasitoses et affections cutanées*, Observatoire du Samusocial de Paris.

Astier Isabelle, 2005, « Qu'est-ce qu'un travail public ? Le cas des métiers de la ville et de l'insertion », dans Ion Jacques (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La Découverte, p.170-185.

Astier Isabelle, 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses Universitaires de France.

Baligand Laurence, 2016, « Réfléchir collectivement la question de l'alcool dans un lieu de soin. Retour sur une démarche en Lits Halte Soins Santé menée dans le Rhône », *Dossier 2016 de la MRIE*, p.204-206.

Barthe Yannick, de Blic Damien, Heurtin Jean-Philippe, Lagneau Éric, Lemieux Cyril, Linhardt Dominique, Moreau de Bellaing Cédric, Rémy Catherine & Trom Danny, 2013, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, n°103, p.175-204.

Baszanger Isabelle, 1995, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.

Baszanger Isabelle, 2010, « Une autonomie incertaine : les malades et le système de soins », dans Hirsch Emmanuel (dir.), *Traité de bioéthique. II Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*, Toulouse, Érès, p.189-198.

Baudelot Christian, 2012, « Exposer le handicap », *La vie des idées*.

Beaud Stéphane & Weber Florence, 2010 [1997], *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte.

Beck François, Legleye Stéphane & Spilka Stanislas, 2006, « L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype », *Économie et Statistique*, n°391-392.

Becker Howard S., 1970, *Sociological Work. Method and Substance*, New Brunswick, Transaction Books.

Becker Howard S., 1985 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

Becker Howard S., 2001, « Sociologie visuelle, photographie documentaire et photojournalisme : tout (ou presque) est affaire de contexte », *Communications*, Vol.71, p.333-351.

Becker Howard S., 2002 [1998], *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.

Béliard Aude, Damamme Aurélie, Eideliman Jean-Sébastien & Moreau Delphine, 2015, « "C'est pour son bien". La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences sociales et santé*, Vol.33, p.5-14.

Belkis Dominique, Haeringer Anne-Sophie, Pecqueux Anthony & Peroni Michel, 2019, « Habiter : la part de l'être », *Rhizome*, n°71, p.11-21.

Belorgey Nicolas, 2010, « L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau management public" », Paris, La Découverte.

Benford Robert D. & Snow David A., 2012 [2000], « Processus de cadrage et mouvements sociaux : présentation et bilan », *Politix*, n°99, p.217-255.

Benoist Yann, 2008, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, n°26, p.5-34.

Benoist Yann, 2009, *L'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, Paris, L'Harmattan.

Benoist Yann, 2010, « Ethnographie, objectivation et image. Photographier des SDF et sortir des clichés », dans Patrick Bruneteaux & Daniel Terrolle (dir.), *L'arrière-cour de la mondialisation. Ethnographie des paupérisés*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, p.239-259.

Benoist Yann, 2016, « Tant qu'on a la santé… c'est pire ! L'amélioration paradoxale des conditions de vie de personnes sans-abri », *Anthropologie & Santé*, n°13.

Bergeron Henri, 2009, *Sociologie de la drogue*, Paris, La Découverte.

Bessin Marc, 2012, « La présence sociale et les temps sexués du *care* pour repenser la solidarité », dans Castel Robert & Martin Claude (dir.), *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel*, Paris, La Découverte, p.261-273.

Bessin Marc, 2014, « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du *care* », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, n°20.

Bessin Marc, Bourgeois Isabelle, Marchand Anne, Revisto Léa & Rollin Zoé, 2015, « Agir pour chercher, chercher pour agir : introduction aux recherches interventionnelles en SHS sur le cancer », *Santé publique*, Vol.27, p.305-308.

Besson Geneviève, 2010, « L'humour, ressource personnelle et collective dans l'action sociale», *Vie sociale*, n°2, p.49-58.

Bidet Alexandra, 2008, « La genèse des valeurs : une affaire d'enquête », *Tracés*, n°15, p.217-228.

Bidet Alexandra, 2011, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, Presses Universitaires de France.

Bidet Alexandra, 2020, « Considérer la "fragilité", composer un monde. Faire en citoyen l'expérience du flux de passagers du métro » dans Gefen Alexandre & Laugier Sandra (dir.), *Le pouvoir des liens faibles*, Paris, CNRS Éditions.

Bidet Alexandra, Boutet Manuel & Chave Frédérique, 2013, « Au-delà de l'intelligibilité mutuelle : l'activité collective comme transaction. Un apport du pragmatisme illustré par trois cas », *Activités*, Vol.10, n°1, p.172-191.

Bidet Alexandra, Boutet Manuel, Chave Frédérique, Gayet-Viaud Carole & Le Méner Erwan, 2015, « Publicité, sollicitation, intervention. Pistes pour une étude pragmatiste de l'expérience citoyenne », *SociologieS*.

Bidet Alexandra & Le Méner Erwan, 2014, « Les ressorts collectifs des signalements de sans-abri au 115. Appel politisé, voisinage troublé et geste citoyen en milieu urbain démocratique », dans Carrel Marion & Neveu Catherine (dir.), 2014, *Citoyennetés ordinaires. Pour une approche renouvelée des pratiques citoyennes*, Paris, Karthala., p. 101-130.

Bidet Alexandra, Quéré Louis & Trûc Gérôme, 2011, « Ce à quoi nous tenons. Dewey et la formation des valeurs » dans Dewey John, 2011, *La formation des valeurs*, Paris, La Découverte.

Blanchard Christophe, 2013, *Entre Crocs et Kros. Analyse sociologique du compagnonnage entre l'exclu et son chien*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Evry Val d'Essonne.

Blanchard Christophe, 2016, « Les propriétaires de chiens à la rue. Retour sur un binôme indésirable dans la ville », *Géographies et cultures*, n°98.

Blumer Herbert, 1998 [1969], *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Berkeley Los Angeles London, University of California Press.

Blumer Hebert, 2004 [1971], « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, n°67, p.185-199.

Boisguérin Bénédicte, Delaporte Aurélie, Gateaud Gaëlle & Robin Juliette, 2018, « En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu. Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2018 », *Études & Résultats*, n°1130.

Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, Vol.26, n°1, p.205-233.

Boltanski Luc & Thévenot Laurent, 1991, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

Bordreuil Samuel, 1992, « Hommes à la rue aux États-Unis : la crise des infrastructures de la ville », *Les Annales de la recherche urbaine*, n°57-58, p.135-146.

Borelle Céline, 2017, « Pour une approche séquentielle du diagnostic médical. Le cas de l'autisme », *Sciences sociales et santé*, Vol.35, p.5-31.

Bouillon Florence, 2009, *Les mondes du squat. Anthropologie d'un habitat précaire,* Paris, Presses Universitaires de France.

Bourdieu Pierre, 2008, « Voir avec l'objectif. Autour de la photographie », entretien avec Franz Schultheis dans Pierre Bourdieu, *Esquisses algériennes*, Paris, Le Seuil, p.363-374.

Bourgois Louis & Lièvre Marion, 2019, « Les bénévoles, artisans institutionnalisés des politiques migratoires locales ? », *Lien social et Politiques*, n°83, p.184-203.

Bourgois Philippe & Schonberg Jeff, 2009, *Righteous Dopefiend*, Berkeley Los Angeles London, University of California Press.

Bresson Maryse , 1997, *Les SDF et le nouveau contrat social. L'importance du logement pour combattre l'exclusion*, Paris, L'Harmattan.

Bresson Maryse , 2003, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, n°115, p.311-326.

Breviglieri Marc, 1999, *L'Usage et l'habiter. Contribution à une sociologie de la proximité*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

Breviglieri Marc, 2002, « L'horizon du ne plus habiter et l'absence du maintien de soi en public », dans dans Cefaï Daniel & Joseph Isaac (dir.), *L'héritage du pragmatisme. Conflits d'urbanité et épreuves du civisme*, La Tour d'Aigue, Éditions de l'Aube, p.319-336.

Breviglieri Marc, 2006, « Penser l'habiter, estimer l'habitabilité », *Tracés*, n°23.

Breviglieri Marc, 2007, « L'intranquillité du voisin. Étude sur la potentialisation de la dispute en régime libéral », *Rhizome*, n° 27, p.15-19.

Breviglieri Marc, 2009, « L'insupportable. L'excès de proximité, l'atteinte à l'autonomie et le sentiment de violation du privé », dans Breviglieri Marc, Lafaye Claudette & Trom Danny (dir.), 2009, *Compétences critiques et sens de la justice*, Paris, Economica.

Breviglieri Marc, 2010, « L'"épuisement capacitaire" du sans-abri comme *urgence* ? Approche phénoménologique du soin engagé dans l'aide sociale (gestes, rythmes et tonalités

d'humeur) », dans Felix Catherine & Tardif Julien (dir.), 2010, *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance. Actes du colloque international* [en ligne].

Breviglieri Marc, 2012, « La juste distance et l'enjeu du "bien habiter" dans le soin et l'aide à domicile », *Contact. La revue de l'aide et des soins à domicile*, n°131, p.15-18.

Breviglieri Marc & Conein Bernard (dir.), 2003, *Tenir ensemble et vivre avec. Explorations sociologiques de l'inclination à cohabiter*, Rapport Plan Urbanisme Construction Architecture.

Breviglieri Marc & Trom Danny, 2003, « Troubles et tensions en milieu urbain. Les épreuves citadines et habitantes de la ville », dans Cefaï Daniel & Pasquier Dominique (dir.), 2003, *Les sens du public. Publics politiques, publics médiatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, p.399-416.

Brodiez-Dolino Axelle, 2013, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS Éditions.

Brodiez-Dolino Axelle, 2018, « Qui sont les personnes sans domicile en France depuis 1945 ? Éléments de réponse au prisme lyonnais », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n°138, p.109-126.

Brodiez-Dolino Axelle, 2019, « La pauvreté comme stigmate social. Constructions et déconstructions », *Métropolitiques*.

Brodiez-Dolino Axelle, 2020, *Une histoire de l'hébergement contemporain. Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri et l'urgence sociale rhodanienne depuis 1950*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne (*à paraître*).

Brodiez-Dolino Axelle & Ravon Bertrand, 2016, « Le sans-abrisme au XX^{ème} siècle : refigurations d'un problème public », dans Pichon Pascale, Girola Claudia & Jouve Élodie (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.36-56.

Brodiez-Dolino Axelle, Von Bueltzingsloewen Isabelle, Eyraud Benoît, Laval Christian & Ravon Bertrand (dir.), 2014, *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Brousse Cécile, Firdion Jean-Marie & Marpsat Maryse, 2008, *Les sans-domicile*, Paris, La Découverte.

Bruce Bertram & Jung Céline, 2019, « Préface à la traduction en français », dans Addams Jane, 2019 [1902], *Démocratie et éthique sociale*, Dijon, Raison et Passions.

Bruneteaux Patrick (dir.), 2013, *Les enfants de Don Quichotte. Sociologie d'une improbable mobilisation nationale*, Vincennes, Presses Universitaires de Vincennes.

Bruneteaux Patrick, 2016, *Les mondes rêvés de Georges. Fabrications identitaires et alternatives à la domination*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Bruneteaux Patrick & Corinne Lanzarini, 1996, « "Susciter le désir par la tendresse". Les cadres de l'accueil caritatif sur une péniche lyonnaise », *Politix*, n°34, p.134-163.

Burawoy Michael, 2003 [1998], « L'étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l'enquête de terrain », dans Cefaï Daniel (dir.), 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p.424-464.

Bureau Eve & Hermann-Mesfen Judith, 2014, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaires », *Anthropologie & Santé*, n°8.

Buscatto Marie, 2012, « Des "études de cas" aux généralisations fondées. Pour une ethnographie ambitieuse », *SociologieS*.

Callon Michel, 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, n°36, p.169-208.

Calvez Marcel, 2014, « La négociation du soin et la situation de maladie. Questions pour la sociologie médicale » dans Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise & Douguet Florence (dir.), 2014, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.41-50.

Castel Patrick, 2008, « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé,* Vol.26, p.9-32.

Castel Robert, 1999, *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions Universitaires Fribourg Suisse.

Castel Robert, 2005, « Devenir de l'État providence et travail social », dans Ion Jacques (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La Découverte, p27-49.

Castel Robert, 2013 [1995], *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard.

Cavan Sherri, 1966, *Liquor License. An Ethnography of Bar Behavior*, Chicago, Adline Publishing Company.

Cefaï Daniel, 1994, « Type, typicalité, typification », dans Fradin Bernard, Quéré Louis & Widmer Jean (dir.), 1994, *L'enquête sur les catégories. De Durkheim à Sacks*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.105-128

Cefaï Daniel, 1996, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, n°75, p.43-66.

Cefaï Daniel, 2001, « Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes » dans Cefaï Daniel & Trom Danny (dir.), *Les formes de l'action collective. Mobilisations des des arènes publiques*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.51-97

Cefaï Daniel, 2002, « Faire du terrain à Chicago dans les années 1950. L'expérience du Field Training Project », *Genèses*, n°46, p.122-137.

Cefaï Daniel (dir.), 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.

Cefaï Daniel, 2003, « Postface. L'enquête de terrain en sciences sociales », in Cefaï Daniel (dir.), 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p.465-615.

Cefaï Daniel, 2010a, « Un pragmatisme ethnographique. L'enquête coopérative et impliquée », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.447-472.

Cefaï Daniel, 2010b, « L'expérience ethnographique, l'enquête et ses publics », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.547-598.

Cefaï Daniel, 2013, « L'ordre public. Micropolitique de Goffman », dans Goffman Erving, 2013 [1963], *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris, Economica, p.209-290.

Cefaï Daniel, 2015, « Mondes sociaux. Enquête sur un héritage de l'écologie humaine à Chicago », *SociologieS*.

Cefaï Daniel, 2016a, « Publics, problèmes publics, arènes publiques… Que nous apprend le pragmatisme ? », *Questions de communication*, n°30, p.25-64.

Cefaï Daniel, 2016b, « Le Wiko est un mirage… », [en ligne : https://www.wiko-berlin.de/fileadmin/Jahrbuchberichte/2015/2015_16_Cefai_Daniel_Jahrbuchbericht.pdf].

Cefaï Daniel, 2016c, « L'urgence sociale auprès des personnes à la rue. Enquêter sur la définition et le traitement d'un problème public », dans Pichon Pascale & *al*. (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.83-102.

Cefaï Daniel, Costey Paul, Gardella Édouard, Gayet-Viaud Carole, Gonzalez Philippe, Le Méner Erwan & Terzi Cédric (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Cefaï Daniel & Gardella Édouard, 2011, *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte.

Cefaï Daniel & Terzi Cédric, 2012, « Présentation » dans Cefaï Daniel & Terzi Cédric (dir.), 2012, *L'expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.9-47.

Cha Olivier, 2013, « La santé des sans-abri », *Bulletin académique nationale de médecine,* 197, n°2, p.277-291.

Chaire Handicap psychique et décision pour autrui, 2015, « Un photographe dans un collectif de recherche. La question de la décision dans la prise en charge des personnes suivies en psychiatrie », *ethnographiques.org*, n°30.

Chambon Nicolas, 2013, « Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement », *Rhizome*, n°48, p.5-6.

Champy Florent & Déplaude Marc-Olivier, 2015, « Comment parler des professions ? Sagesse pratique, vulnérabilités et protections professionnelles », *La Vie des idées*.

Chapoulie Jean-Michel, 2001, *La tradition sociologique de Chicago. 1892-1961*, Paris, Seuil.

Charles Cathy, Gafni Amiram & Whelan Tim, 1999, « Decision-making in the Physician–patient Encounter : Revisiting the Shared Treatment Decision-making Model », *Social Science & Medicine*, Vol.49, n°5, p.651-661.

Chauvin Sébastien & Weber Florence, 2003, « Un texte de Norbert Elias (1987) : The Retreat of Sociologists into the Present », *Genèses*, n°52, p.133-151.

Chave Frédérique, 2010, *Tiers en urgence. Les interactions de secours, de l'appel au 18 à l'accueil en services d'urgences pédiatriques. Contribution à une sociologie du tiers*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Nanterre.

Cheyronnaud Jacques, 2012, « Un endroit tranquille. À propos de "bruit", marqueur de reproche », *Communications*, n°90, p.197-214.

Choppin Katia & Gardella Édouard (dir.), *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Choppin Katia & Gardella Édouard, 2013, « Cumulativité des savoirs et dynamiques d'un domaine de recherche : le sans-abrisme », dans Choppin Katia & Gardella Édouard (dir.), *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Cicourel Aaron V., 2002, *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil.

Cicourel Aaron V., 2002 [1981], « Langage et structure des croyances dans la communication médicale » dans Cicourel Aaron V., 2002, *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, p.61-85.

Cicourel Aaron V., 2002 [1992], « L'imbrication des contextes communicationnels : exemples d'entretiens médicaux », dans Cicourel Aaron V., 2002, *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, p.115-141.

Cicourel Aaron V., 2002 [1990], « L'intégration de la connaissance distribuée dans le diagnostic médical d'équipe », dans Cicourel Aaron V., 2002, *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, p.143-173.

Collectif Les Morts de la Rue, 2019, « Mortalité des personnes sans-domicile en 2018. Enquête dénombrer & décrire ».

Collier John & Collier Malcolm, 1986, *Visual anthropology : photography as a research method*, Albuquerque, University of New Mexico Press.

Conein Bernard, 1994, « Introduction. Travail et cognition », *Sociologie du travail*, Vol.36, n°4, p.419-425.

Conord Sylvaine, 2017, « Pour une approche "collaborative" en sociologie visuelle. Lorsque les enquêtés deviennent guides du chercheur-photographe », *Revue française des méthodes visuelles*, n°1.

Conrad Peter, 1985, « The Meanings of Medication : Another Look at Compliance », *Social Science & Medicine*, Vol.20, p.29-37.

Conrad Peter & Schneider Joseph W., 1992 [1980], *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Philadelphia, Temple University Press.

Coppel Anne & Castel Robert, 1991, « Les contrôles de la toxicomanie », dans Ehrenberg Alain (dir.), 1991, *Individus sous influence*, Paris, Éditions Esprit, p.237-256.

Coulomb Laureline, 2018, *Le soin des personnes sans domicile*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Coulomb Laureline, 2020, « Les personnes sans abri vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux », *Retraite et société*, (à paraître).

Cresson Geneviève, 1997, « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », *Sociétés contemporaines*, n°25, p.45-65.

Cresson Geneviève, 2006, « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, n°3, p.6-15.

Dambuyant-Wargny Gisèle, 2006, *Quand on n'a plus que son corps. Soin et non-soin de soi en situation de précarité*, Paris, Armand Colin.

Damon Julien, 1996, « La gare des sans-abri. Un miroir de la question sociale », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n°71, p.120-126.

Damon Julien, 2004, « La question SDF au prisme des médias », *Espaces et sociétés*, n°116-117, p.93-110.

Damon Julien, 2012 [2002], *La question SDF. Critique d'une action publique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Dantou Jean-Robert & Weber Florence, 2015, *The walls don't speak. Les murs ne parlent pas*, Berlin, Kehrer.

Declerck Patrick, 2001, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon.

de Fornel Michel, 1990, « Qu'est-ce qu'un expert ? Connaissances procédurale et déclarative dans l'interaction médicale », *Réseaux*, n°43, p.59-80.

de Fornel Michel & Quéré Louis, 1999, « Présentation », dans de Fornel Michel & Quéré Louis (dir.), 1999*, La logique des situations. Nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Dewey John, 2010 [1927], *Le public et ses problèmes*, Paris, Gallimard.

Dewey John, 2011, *La formation des valeurs*, Paris, La Découverte.

Dewey John, 2014 [1920], *Reconstruction en philosophie*, Paris, Gallimard.

Didi-Huberman Georges, 2012, *Peuples exposés, peuples figurants. L'oeil de l'histoire, 4*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Dodier Nicolas, 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

Dodier Nicolas & Baszanger Isabelle, 1997, « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, vol.38, n°1, p. 37-66.

Dodier Nicolas & Camus Agnès, 1997a, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, n°52, p.733-763.

Dodier Nicolas & Camus Agnès, 1997b, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, n°65, p.109-119.

Douguet Florence, 2014, « La faiblesse des négociations du soin entre professionnels et avec les proches de patients hospitalisés à la suite d'un AVC grave », dans Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise & Douguet Florence (dir.), 2014, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.235-246.

Dubar Claude & Nicourd Sandrine, 2017, *Les biographies en sociologie*, Paris, La Découverte.

Duneier Mitchell, 1999, *Sidewalk*, New York, Farrar Straus and Giroux.

Duteil-Ogata Fabienne, 2007, « La photo-interview : dialogues avec des Japonais », *Ethnologie française*, Vol.37, p.69-78.

Duvoux Nicolas, 2009, *L'autonomie des assistés*, Paris, Presses Universitaires de France.

Duvoux Nicolas, 2014, « Politiques d'insertion, une responsabilisation des pauvres ? » dans Molénat Xavier (dir.), *L'individu contemporain. Regards sociologiques*, Auxerre, Sciences Humaines Éditions, p.209-214.

Drouot Nadège & Simmonot Nathalie, 2006, *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*, Médecins du Monde.

Ehrenberg Alain, 2005, « L'autonomie, nouvelle règle du social », entretien par Mingasson & Vulbeau Alain, *Informations sociales*, n°126, p.112-115.

Elias Norbert, 1991 [1939], « La société des individus », dans Norbert Elias, 1991, *La société des individus*, Paris, Fayard.

Elias Norbert, 2001, « Introduction. Les relations entre établis et marginaux. Essai théorique », dans Elias Norbert & Scotson John L., 2001 [1965], *Logiques de l'exclusion*, Paris, Éditions Fayard, p.33-87.

Eliçabe Rémi, Guilbert Amandine, Haeringer Anne-Sophie, Lemerey Yannis, Overney Laetitia, Tournier Adrien, 2011, *Étude maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris*, Rapport du Groupe Recherche Action (Grac), Fondation de France.

Eliçabe Rémi, Guilbert Amandine & Overney Laetitia, 2016, « Du soin apporté aux "grands précaires". Circulations d'enquêtes et écritures attentives », dans Pichon Pascale, Girola Claudia & Jouve Élodie (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.103-134.

Emerson Robert M., 2003 [1981], « Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes », dans Cefaï Daniel (dir.), 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p.398-424.

Emerson Robert M., 2015, *Everyday Troubles. The Micro-Politics of Interpersonal Conflict*, Chicago London, The University of Chicago Press.

Emerson Robert M., Fretz Rachel I. & Shaw Linda L., 2010 [1995], « Prendre des notes de terrain. Rendre compte des significations des membres », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.129-168.

Emerson Robert M. & Messinger Sheldon L., 2012 [1977], « Micro-politique du trouble. Du trouble personnel au problème public », dans Cefaï Daniel & Terzi Cédric (dir.), 2012, *L'expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.57-80.

Emerson Robert M., Rochford E. Burke & Shaw Linda L., 1983, « The Micropolitics of Trouble in a Psychiatric Board and Care Facility », *Urban Life*, Vol.12n n°3, p.349-367.

Epstein Steven, 1995, « The Construction of Lay Expertise : AIDS Activisme and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials », *Science, Technology & Human Values*, Vol.20, n°4, p.408-437.

Eyraud Benoît, 2013, *Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse, Érès.

Eyraud Benoît & Velpry Livia, 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*, n°149, p.207-222.

Fainzang Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.

Fainzang Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Fainzang Sylvie, 2013, « Champ-contrechamp. La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles formes », *Anthropologie et Sociétés,* Vol.37, n°3, p.83-97.

Faure Olivier, 1982, *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris, Éditions du CNRS.

Farge Arlette, 1997, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil.

Farge Arlette, 2019, *Vies oubliées. Au cœur du XVIIIè siècle*, Paris, La Découverte.

Farge Arlette & Laé Jean-François Laé, 2000, *Fracture sociale*, Paris, Desclée de Brouwer.

Favret-Saada Jeanne, 2009, *Désorceler*, Paris, Éditions de l'Olivier.

Favret-Saada Jeanne, 2014, « Inquiétante étrangeté », *SociologieS*.

Favret-Saada Jeanne, 2019 [1977], *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard.

Ferraton Cyrille & Frobert Ludovic, 2017, *Introduction à Albert O. Hirschman*, Paris, La Découverte.

Firdion Jean-Marie & Marpsat Maryse, 2014, « Le lien familial des personnes sans domicile : entre soutien et obstacle », dans Paugam Serge (dir.), *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France, p.77-96.

Foucault Michel, 2010 [1972], *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

Fournier Pierre, Hatzfeld Nicolas, Lomba Cédric & Muller Séverin, 2008, « Introduction. Étudier le travail en situation », dans Arborio Anne-Marie, Cohen Yves, Fournier Pierre, Hatzfeld Nicolas, Lomba Cédric & Muller Séverin (dir.), 2008, *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, p.7-21.

Freidson Eliot, 1984 [1970], *La profession médicale*, Paris, Payot.

Furtos Jean, 2009, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Éditions Rue d'Ulm.

Gaboriau Patrick & Terrolle Daniel (dir.), 2011 [2003], *Ethnologie des sans-logis. Étude d'une forme de domination sociale*, Paris, L'Harmattan.

Game Valérie, 2007, « Quelles autorisations pour l'utilisation d'une photographie ? », *Ethnologie française*, Vol.37, p.87-88.

Gardella Édouard, 2004, « Au-delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion ? À propos des Naufragés de Patrick Declerck (note critique) », *Terrains & Travaux*, n°5, p.165-176.

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 de sociologie, École Normale Supérieure Cachan.

Gardella Édouard, 2014b, « Secourir les sans-abri en détresse. La norme d'inconditionnalité dans l'urgence sociale », dans Brodiez-Dolino Axelle, Von Bueltzingsloewen Isabelle, Eyraud Benoît, Laval Christian & Ravon Bertrand (dir.), 2014, *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.233-257.

Gardella Édouard, 2016, « Comment sortir du paradoxe des habitats d'assistance ? Propositions pour un droit inconditionnel à habiter », *Dossier de la MRIE*, Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion, p.90-94.

Gardella Édouard, 2017, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du travail*, Vol.59, n°3.

Gardella Édouard, 2019a, « Comprendre le refus de l'hébergement d'urgence par les sans-abri », *Métropolitiques*.

Gardella Édouard, 2019b, « Dominique Memmi, Gilles Raveneau et Emmanuel Taïeb (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût* », *Sociologie du travail*, Vol.61, n° 2.

Gardella Édouard, Laporte Anne & Le Méner Erwan, 2008, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *Sciences sociales et santé*, Vol.26, p.35-46.

Gardella Édouard & Arnaud Amandine, 2018, *Le sans-abrisme comme épreuves d'habiter. Caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergements sociaux*, Observatoire du Samusocial de Paris/ONPES.

Gardella Édouard & Grimard Carolyne, 2016, « L'urgence comme rationnement temporel. Une comparaison internationale (Montréal / Paris) des habitats d'urgence » dans Pichon Pascale & *al*. (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.57-68.

Garneau Stéphanie & Dahlia Namian (dir.), 2017, *Goffman et le travail social*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Gayet-Viaud Carole, 2006, « De l'innocuité sociale aux degrés d'humanité. Les types du petit vieux et du bébé », *Les annales de la recherche urbaine*, n°100, p.59-67.

Gayet-Viaud Carole, 2011, « Du côtoiement à l'engagement : la portée politique de la civilité. L'activité pédagogique de Morts de la Rue », *Mouvements*, n°65, p.57-66.

Geeraert Jérémy, 2017, *La question sociale en santé. L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXI^{e} siècle*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 13.

Gefen Alexandre & Laugier Sandra (dir.), *Le pouvoir des liens faibles*, Paris, CNRS Éditions.

Geremek Bronislaw, 1987, *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard.

Gibson James J., 2014 [1979], *Approche écologique de la perception visuelle*, Bellevaux, Éditions Dehors

Girard Vincent, Estecahandy Pascale & Chauvin Pierre, 2010, *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.

Girola Claudia, 2004, « SDF à Nanterre : des hommes ni d'ici ni d'ailleurs. Chronique d'une construction discursive de l'extraterritorialité », dans Gotman Anne (dir.). *Villes et hospitalité : Les municipalités et leurs « étrangers »*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, p.235-258.

Girola Claudia, 2006, « Toute cette vie est une lutte pour rester dedans », *Idées*, n°143.

Girola Claudia, 2007, *De l'homme liminaire à la personne sociale. La lutte quotidienne des sans-abri*, Thèse de doctorat en anthropologie, Paris, EHESS.

Girola Claudia, 2011, *Vivre sans abri. De la mémoire des lieux à l'affirmation de soi*, Paris, Éditions Rue d'Ulm/ Presses de l'École normale supérieure.

Glaser Barney G. & Strauss Anselm L., 2010 [1967], *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin.

Glaser Barney G. & Strauss Anselm L., 2016 [1968], *La conscience de la fin de vie*, Fribourg, Academic Press Fribourg.

Godrie Baptiste, 2017, « Rapports égalitaires dans la production des savoirs scientifiques. L'exemple des recherches participatives en santé mentale », *Vie sociale*, n°20, p.99-116.

Goffman Erving, 1968 [1961], *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1973 [1956], *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1973 [1971], *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1974 [1967], *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1975 [1963], *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1987 [1981], *Façons de parler*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1991 [1974], *Les cadres de l'expérience*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 2013 [1963], *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris, Economica.

Goffman Erving, 2016 [1988], *Les moments et leurs hommes*, Paris, Seuil/Minuit.

Gold Raymond, 2003 [1958], « Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », dans Cefaï Daniel (dir.), 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p.340-349.

Gollac Sybille, 2003, « Maisonnée et cause commune : une prise en charge familiale », dans Weber Florence, Gojard Séverine & Gramain Agnès (dir.), *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, Éditions la Découverte, p.274-311.

Gomart Emilie & Hennion Antoine, 1999, « A Sociology of Attachment : Music Amateurs, Drug Users », dans Law John & Hassard John (dir.), *Actor Network Theory*, Oxford, Wiley-Blackwell, pp. 220-247.

Gonzalez Philippe, 2010, « (D)écrire : catégorisation, prise de notes et écriture », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.107-128.

Gonzalez Philippe, 2014, « Être affecté : petite phénoménologie de la "prophétie" charismatique (et de ses conséquences) », *SociologieS*.

Grand David, 2016, *L'hébergement social des SDF. Ethnographie de l'expérience vécue des hébergés*, Paris, L'Harmattan.

Granovetter Mark S., 1973, « The Strenght of Weak Ties », *American Journal Sociology*, Vol.78, n°6, p.1360-1380.

Grimard Carolyne, 2011, *Les refuges pour hommes itinérants à Montréal, lieux de passage ou d'ancrage ? Enquête sociologique sur une institution paradoxale*, Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal.

Gutton Jean-Pierre, 1971, *La société et les pauvres : l'exemple de la généralité de Lyon (1574-1789)*, Paris, Société d'édition « Les belles Lettres ».

Gusfield Joseph, 2003, « Action collective et problèmes publics », entretien avec Cefaï Daniel & Trom Danny dans Cefaï Daniel & Pasquier Dominique (dir.), 2003, *Les sens du public. Publics politiques, publics médiatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, p.63-78.

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

Haeringer Anne-Sophie, 2017, « Considérer la personne en fin de vie. Une opération ni seulement morale ni seulement médicale », *Anthropologie & Santé*, n°15.

Hannerz Ulf, 1983 [1980], *Explorer la ville. Éléments d'anthropologie urbaine*, Paris, Éditions de Minuit.

Harper Douglas, 2002, « Talking about pictures : a case for photo elicitation », *Visual studies*, Vol.17, n°1, p. 13-26

Harper Douglas, 2006 [1982], *Good Company. A Tramp Life*, Boulder London, Paradigm Publishers.

Harper Douglas, 2012, *Visual sociology*, New York, Routledge.

Hassenteufel Patrick, 2011, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.

Heath Christian, 1993, « Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin » dans Cosnier Jacques, Grosjean Michèle & Lacoste Michèle (dir.), 1993, *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p.65-76.

Hennion Antoine, 2015, « Enquêter sur nos attachements. Comment hériter de William James ? », *SociologieS.*

Hennion Antoine, 2010, « Vous avez dit attachements ?... », dans Akrich Madeleine, Barthe Yannick, Muniesa Fabian & Mustar Philippe (dir.), *Débordements. Mélanges offerts à Michel Callon*, Paris, Presses des Mines, p.179-190.

Hennion Antoine, 2013, « D'une sociologie de la médiation à une pragmatique des attachements », *SociologieS.*

Hennion Antoine, 2015, « Enquêter sur nos attachements. Comment hériter de William James ? », *SociologieS.*

Hennion Antoine & Vidal-Naquet Pierre (dir.), 2012, *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction ou comment concilier protection et autonomie*, Rapport de recherche pour la MIRE.

Herreros Gilles, 2009 [2002], *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Érès.

Herzlich Claudine, 1996 [1969], *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Hibou Béatrice, 2014, « De l'intérêt de lire *La domination* de Max Weber aujourd'hui », *Lectures.*

Honneth Axel, 2005, « Invisibilité : sur l'épistémologie de la "reconnaissance" », *Réseaux* n°129-130, p.39-57.

Honneth Axel, 2008 [2006], *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, Paris, La Découverte.

Hopper Kim, 2003, *Reckoning with Homelessness*, Ithaca, Cornell University Press.

Hopper Kim, 2010 [2003], « De l'ethnographie à l'engagement. Les limites du témoignage pour les sans-abri », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.473-492.

Horowitz Ruth & Haney Lynne, 2008, « Combiner l'histoire et l'ethnographie en dehors de la revisite des terrains déjà étudiés », dans Arborio Anne-Marie, Cohen Yves, Fournier Pierre, Hatzfeld Nicolas, Lomba Cédric & Muller Séverin (dir.), 2008, *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, p.249-264.

Hugues Everett C., 2012 [1996], *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Hurtubise Roch & Laval Christian, 2016, « Le développement du modèle *Logement d'abord* : un changement de paradigme ? », dans Pichon Pascale & *al*. (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p. 135-150.

Hutchins Edwin, 1994, « Comment le "cockpit" se souvient de ses vitesses », *Sociologie du travail*, Vol.36, n°4, p.451-473.

Ingold Tim, 2013, *Marcher avec les dragons*, Le Kremlin-Bicêtre, Zones sensibles.

Israël Liora, 2012, « L'usage des archives en sociologie », dans Paugam Serge (dir.), 2012, *L'enquête sociologique,* Paris, Presses Universitaires de France, p.167-185.

Istasse Manon, 2015, « Expériences sensorielles et présence du passé dans les attachements à l'environnement urbain », *Parcours anthropologiques*, n°10, p.84-100.

Jacobs Jane, 1991 [1961], *Déclins et survie des grandes villes américaines*, Liège, Pierre Mardaga Éditeur.

Jarrigeon Anne, 2015, « Sociologie visuelle et droit à l'image. La demande d'anonymat en question », *L'Année sociologique*, Vol.65, p.225-246.

Jauffret-Roustide Marie, 2009, « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La revue lacanienne*, n°5, p.109-118.

Jauffret-Roustide Marie, 2011, « Les salles de consommation de drogue : entre santé et sécurité publiques », *Métropolitiques.*

Jauffret-Roustide Marie, 2015, « Les salles de consommation à moindre risque. De l'épidémiologie à la politique », *La vie des idées.*

Joas Hans, 1999 [1992], *La créativité de l'agir*, Paris, Cerf.

Joas Hans, 2002, « Pragmatisme et sciences sociales. L'héritage de l'École de Chicago », dans Cefaï Daniel & Joseph Isaac (dir.), *L'héritage du pragmatisme. Conflits d'urbanité et épreuves du civisme*, La Tour d'Aigue, Éditions de l'Aube, p.17-49.

Joseph Isaac, 1997, « Prises, réserves, épreuves », *Communications*, n°65, p.131-142.

Joseph Isaac, 2003, « La notion de public : Simmel, l'écologie urbaine et Goffman », dans Cefaï Daniel & Pasquier Dominique (dir.), 2003, *Les sens du public. Publics politiques, publics médiatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, p.329-346.

Joseph Isaac, 2004, *Météor. Les métamorphoses du métro*, Paris, Economica.

Joseph Isaac, 2007 [2003], « Le ressort politique de l'assistance, l'expérience de l'induction morale. Sur l'ethnographie des SDF », dans Joseph Isaac, 2007, *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*, Paris, Economica, p.413-436.

Joseph Isaac, 2009 [1998], *Erving Goffman et la microsociologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Joseph Isaac, 2015, « L'enquête au sens pragmatiste et ses conséquences. Vulnérabilité du public, observation coopérative et communauté d'exploration », *SociologieS*.

Joseph Isaac & Grafmeyer Yves, 2009 [1979], *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Flammarion.

Jouve Élodie, 2008, *Les SDF face aux procédures d'assistance : l'apprentissage de la maîtrise de soi*, Thèse de doctorat en ethnologie, Université Montpellier III.

Jouve Élodie & Pichon Pascale, 2015, « Le chez-soi, le soin, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire », *Les annales de la recherche urbaine*, n°110, p.46-55.

Junker Buford H., 1960, *Field Work*, Chicago, The University of Chicago Press.

Karsenti Bruno & Lemieux Cyril, 2017, *Socialisme et sociologie*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Katz Jack, 2001, « Analytic induction », dans Smelser Neil J. & Baltes Paul (dir.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences.* Oxford, Elsevier, [en ligne : http://sscnet.ucla.edu].

Katz Jack, 2010, « Time for new urban ethnographies », *Ethnography,* Vol.11, p.25-44.

Katz Jack, 2013, « L'ethnographie en trois dimensions. Un entretien avec Jack Katz (version intégrale) », entretien avec Bidet Alexandra, Gayet-Viaud Carole, Le Méner Erwan, *La vie des idées.*

Katz Lucia, 2015, *L'avènement du sans-abri. Les asiles de nuit 1871-1914,* Montreuil, Libertalia.

Koselleck Reinhart, 1990, *Le futur passé. Contribution à la sémantique des temps historiques,* Paris, Éditions de l'EHESS.

Labeille Blandine, Canat Guillaume & Sinndezingue Marion, 2011, « Maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité. Volet quantitatif : Morbidité et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon », Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes.

Lacoste Michèle, 1993, « Langage et interaction : le cas de la consultation médicale » dans Cosnier Jacques, Grosjean Michèle & Lacoste Michèle (dir.), 1993, *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p.33-61.

Ladsous Jacques, 2010, « Dédramatiser », *Vie sociale,* n°2, p.45-47.

Laé Jean-François, 2008, *Les nuits de la main courante. Écritures au travail,* Paris, Stock.

Lannoy Pierre & Nijs Greg, 2016, « L'entretien collectif : un dispositif de réflexivité distribuée », dans Kivits Joëlle, Balard Frédéric, Fournier Cécile & Winance Myriam (dir.), 2016, *Les recherches qualitatives en santé,* Paris, Armand Colin, p.101-116.

Lanzarini Corinne & Bruneteaux Patrick, 1998, « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, n°30, p.157-180.

Laporte Anne & Chauvin Pierre (dir.), *Samenta. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, Observatoire du Samusocial de Paris/Inserm.

Lascoumes Pierre, 2007, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et Management Public*, n°25, p.129-144.

Latour Bruno, 2000, « Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement », dans Micoud André & Peroni Michel (dir.), 2000, *Ce qui nous relie,* La Tour-d'Aigues, Éditions de l'Aube, p.189-207.

Laval Christian & Ravon Bertrand, 2005, « Relation d'aide ou aide à la relation ? », dans Ion Jacques (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s],* Paris, La Découverte, p.235-250.

Le Caisne, 2009, « La prison, une annexe de la cité ? L'expérience collective de détenus mineurs », *Ethnologie française*, n°39, p.535-546.

Lechevalier Hurard Lucie, 2013, « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du Travail*, Vol.55, n°3, p.279-301

Le Méner Erwan, 2011, « Évaluer des demandes, ou la justesse comme travail invisible. Le cas du 115 de Paris », *Ethnographiques.org*, n°23.

Lemieux Cyril, 2009, *Le devoir et la grâce*, Paris, Economica.

Lemieux Cyril, 2018, *La sociologie pragmatique*, Paris, La Découverte.

Lerner Barron H., 1997, « From Careless Consumptives to Recalcitrant Patients : The Historical Construction of Noncompliance», *Social Science & Medicine*, Vol.45, p.1423-1431.

Les chercheurs ignorants, 2015, *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance*, Presses de l'EHESP.

Letablier Marie-Thérèse & Weber Florence (dir.), « Face à la dépendance : familles et professionnels », *Retraite et Société,* n° 53.

Levy Julien, 2015, « L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours », *Plein droit*, n°106, p.7-10.

Lewin Kurt, 1946, « Action Research and Minority Problems », *Social Issues*, Vol.2, n°4, p.34-46.

Liebow Elliot, 1995 [1993], *Tell Them Who I Am. The Lives of Homeless Women*, New York, Penguin Books.

Lion Gaspard, 2015, *Incertaine demeure. Enquête sur l'habitat précaire*, Paris, Bayard.

Loison-Leruste Marie, 2014, *Habiter à côté des SDF. Représentations et attitudes face à la pauvreté*, Paris, L'Harmattan.

Loison-Leruste Marie, 2016, « Le droit d'habiter la cité. Les enjeux de la domiciliation des SDF », *La vie des idées.*

Loison-Leruste Marie, Arnaud Marion, Roullin Benoît, 2015, *Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile*, Étude pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.

Lovell Anne M., 1996, « Mobilité des cadres et psychiatrie “hors les murs” », dans Joseph Isaac & Proust Joëlle (dir.), 1996, *La folie dans la place : pathologies de l'interaction,* Paris, Éditions de l’EHESS.

Macé Marielle, 2017, *Sidérer, considérer. Migrants en France, 2017*. Lagrasse, Verdier.

Marcus George E., 2010 [1995], « Ethnographie du/dans le système-monde. L’émergence d’une ethnographie multisituée », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L’engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l’EHESS, p.371-395.

Maresca Sylvain & Meyer Michaël, 2013, *Précis de photographie à l’usage des sociologues*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Marpsat Maryse, 1999, « Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se retrouver sans abri », *Population,* Vol.54-6.

Marques Ana, 2010, *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d’une Équipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

Martuccelli Danilo, 2014 « La responsabilisation, nouvelle forme de domination », propos recueillis par de la Vega Xavier, dans Molénat Xavier (dir.), *L’individu contemporain. Regards sociologiques*, Auxerre, Sciences Humaines Éditions, p.206-208.

Mathieu Lilian, 2004, *Comment lutter ? Sociologie et mouvements sociaux,* Paris, Éditions Textuel.

Maurin Marine (coord.), 2013, « Vocabulaire du sans-abrisme » dans, Choppin Katia & Gardella Édouard (dir.), *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1987-2012,* Saint-Étienne, Publications de l’Université de Saint-Étienne, p.157-235.

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*, volume 27, n°2, p.253-269.

Maurin Marine, 2017, *Le genre de l’assistance. Ethnographie comparative de l’accueil des femmes sans abri (Saint-Étienne/Montréal)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Jean Monet Saint-Étienne.

Maurin Marine & Pichon Pascale, 2016, « L’organisation institutionnelle d’une économie de la pauvreté. L’expérience des individus sans domicile dans la France contemporaine », *Les études sociales,* n°164, p.209-229.

Mauss Marcel, 2013 [1950], « La “persona” », *Sociologie et anthropologie,* Paris, Presses Universitaires de France, p.350-354.

Memmi Dominique, Raveneau Gilles & Taïeb Emmanuel (dir.), 2016, *Le Social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses universitaires de Rennes

Merton Robert K., 1997 [1957], *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin.

Meyer Michaël, Perrot Adeline & Zinn Isabelle, 2017, « Entre ambition "tout-terrain" et impossible ubiquité : les ethnographes en mouvement », *SociologieS.*

Michalon Jérôme, 2010, « Les relations anthropozoologiques à l'épreuve du travail scientifique. L'exemple de l'animal dans les pratiques de soin », *Sociétés*, n°108, p.75-87.

Michalon Jérôme, 2014, *Panser avec les animaux. Sociologie du soin par le contact animalier*, Paris, Presses des Mines.

Michalon Jérôme, Doré Antoine & Mondémé Chloé, 2016, « Une sociologie *avec* les animaux : faut-il changer de sociologie pour étudier les relations humains/animaux ? », *SociologieS.*

Micoud André & Peroni Michel (dir.), 2000, *Ce qui nous relie*, La Tour-d'Aigues, Éditions de l'Aube.

Mitchell Clyde J., 1983, « Case and Situation Analysis », *The Sociological Review*, Vol.31, n°2, p.187-211.

Moisy Muriel, 2015a, « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile », *Études & Résultats*, n°932.

Moisy Muriel, 2015b, « La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012 », *Études & Résultats*, n°933.

Mol Annemarie, 2009 [2008], *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines.

Molinier Pascale, Laugier Sandra & Paperman Patricia (dir.), 2009, *Qu'est-ce que le* care *? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot & Rivages.

Mondémé Chloé, 2010, « Langage au travail et langage comme travail. Le cas des maraudeurs du Samusocial », dans Felix Catherine & Tardif Julien (dir.), 2010, *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance. Actes du colloque international* [en ligne].

Moreau Delphine, 2010, « Contraindre pour soigner ? Le *care* à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique », dans Crignon Claire & Gaille Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, Séli Arslan, p.168-181.

Morel Sylvie, 2014, *L'urgence à plusieurs "vitesses" : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence,* Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

Morrison David S., 2009, « Homelessness as an Independent Risk Factor for Mortality : Results from a Retrospective Cohorte Study », *International Journal of Epidemiology*, Vol.38, n°3, p.877-883.

Morrissette Joëlle, 2013, « Recherche-action et recherche collaborative. Quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? », *Nouvelles pratiques sociales,* Vol.25, n°2, p.35-49.

Mucchielli Laurent, 1998, « Clochard et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard », *Revue française de sociologie,* Vol.39, n°1, p.105-138.

Munck Jean & Zimmermann Bénédicte, 2008, « Présentation », Munck Jean & Zimmermann Bénédicte (dir.), 2008, *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.9-20.

Namian Dahlia, 2012, *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindre*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Nussbaum Martha C., 2012 [2011], *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?,* Paris, Flammarion.

Obadia Lionel, 2004, « Le "boire". Une anthropologie en quête d'objet, un objet en quête d'anthropologie », *Socio-anthropologie,* n°15.

Palleres Griselda & Rosa Paula, 2016, « Loi pour la protection intégrale des droits de personnes en situation de rue dans la ville de Buenos Aires, Argentine », dans Pichon Pascale, Girola Claudia & Jouve Élodie (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public,* Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.399-412.

Paperman Patricia, 2009, « D'une voix discordante : désentimentaliser le *care*, démoraliser l'éthique », dans Molinier Pascale, Laugier Sandra & Paperman Patricia (dir.), 2009, *Qu'est-ce que le* care *? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot & Rivages, p.89-110.

Paperman Patricia & Laugier Sandra (dir.), 2011 [2005], *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Park Robert Ezra, 2009 [1925], « La ville. Propositions de recherche sur le comportement humain en milieu urbain », Joseph Isaac & Grafmeyer Yves, 2009 [1979], *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Flammarion, p.83-129.

Parizot Isabelle, 2003, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits,* Paris, Presses Universitaires de France.

Parsons Talcott, 1951, « The professions and social structure », dans Parsons Talcott, 1951, *Essays in Sociological Theory pure and applied*, Glencoe, Free Press.

Pattaroni Luca, 2005, *Politique de la responsabilité : promesses et limites d'un monde fondé sur l'autonomie*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

Paugam Serge (dir.), 1996, *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte.

Pauwels Luc, 2015, « "Participatory" Visual Research Revisited : a Critical-constructive Assessment of Epistemological, Methodological and Social Activist Tenets », *Ethnography*, Vol.16, n°1, p. 95-117.

Péchu Cécile, 2009, « Répertoire d'action », dans Fillieule Olivier, Mathieu Lilian & Péchu Cécile, *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po, p.454-462.

Pecqueux Anthony, 2012a, « Le son des choses, le bruit de la ville », *Communications*, n°90, p. 5-16.

Pecqueux Anthony, 2012b, « Les *affordances* des événements : des sons aux événements urbains », *Communications*, n°90, p.215-227.

Pecqueux Anthony, 2015, « Ambiances et civilité. À propos de la contribution aux études sur les ambiances », *Ambiances*.

Peneff Jean, 1992, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié.

Peneff Jean, 2009, *Le goût de l'observation. Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris, La Découverte.

Pennec Simone, 2014, « L'ordonnancement des registres de négociations des soins complexes », dans Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise & Douguet Florence (dir.), 2014, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.101-126.

Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise & Douguet Florence (dir.), 2014, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Peny Christine, 2011, « Les dépôts de mendicité sous l'Ancien Régime et les débuts de l'assistance publique aux malades mentaux (1764-1790) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, n°4, p.9-23.

Peretz Henri, 2016 [2004], *Les méthodes en sociologie. L'observation*, Paris, La Découverte.

Pétonnet Colette, 1982, « L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, Vol.22, n°4.

Pian Anaïk, 2014, « La fabrique de l'interprétariat auprès d'immigrés et d'étrangers atteints de cancer : la place des proches en question », dans Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise & Douguet Florence (dir.), 2014, *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.193-203.

Pichon Pascale, 1992, « La manche, une activité routinière. Manières de faire », *Les annales de la recherche urbaine*, n°57-58, p.147-157.

Pichon Pascale, 1994, « Opération Coup de pouce. L'assistance aux sans domicile fixe dans le métro », Réseau 2000, RATP, 88, p.3-69.

Pichon Pascale, 1996, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *Politix*, n°34, p.164-179.

Pichon Pascale, 2000, « Du Samu Social à la Veille Sociale », dans Ravon Bertrand (dir.), *Le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance »*, Recherche MIRE/Fondation de France.

Pichon Pascale, 2002, « Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire », *Communications*, n°73, p.11-29.

Pichon Pascale, 2005a, « Intervention d'urgence et désocialisation : éléments généalogiques », dans Ion Jacques, Giulian Frédérique, Laval Christian, Pichon Pascale, Pommier Jean-Baptiste & Ravon Bertrand (dir.), 2005, *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, p.59-92.

Pichon Pascale, 2005b, « La construction des publics », dans Ion Jacques (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La Découverte, p.189-204.

Pichon, Pichon, 2007, *Fragile urbanité. Une socio-anthropologie des lieux et des liens*, Habilitation à Diriger des Recherches (HDR), Université Jean Monnet Saint-Étienne.

Pichon Pascale, 2009, « Observer et décrire un monde : de la carrière de survie à l'idéal-type de la dérive urbaine », dans Pichon Pascale (dir.), 2009, *SDF, sans-abri, itinérant. Oser la comparaison*, Louvain, Presses Universitaires de Louvain, p.117-127.

Pichon Pascale, 2010, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne.

Pichon Pascale, Girola Claudia & Jouve Élodie (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne.

Pichon Pichon. (dir.), avec Jouve Élodie, Choppin Katia & Grand David, 2010, *Sortir de la rue : les conditions de l'accès au « chez-soi »*, Rapport Direction Générale des Affaires Sociales.

Pichon Pascale & Torche Tierry, 2011, *S'en sortir… Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe, Saint-Étienne*, Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Pichon Pascale, 2019, « Enquêter dans les hébergements et logements assistés. Émergence d'une théorie ancrée du chez-soi », *Espaces et sociétés*, n°176-177, p.69-85.

Pichon Pascale, *à paraître*, « Accès aux soins des personnes sans-abri : des inégalités aux discriminations ? », *Médecine*.

Picon Elise, Sannino Nadine, Minet Béatrice, Henocq Anne-Cécile & Signeur Romain, 2013, *Évaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)*, Rapport Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Piegay Elisabeth, 2008, *Prendre soin des personnes en situation de très grande précarité sociale. Anthropologie narrative d'un dispositif d'accompagnement : l'exemple du Réseau Social Rue Hôpital*, Mémoire Master Anacis, Université Lumière Lyon II.

Pink Sarah, 2013 [2001], *Doing visual ethnography*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Sage.

Platt Jennifer, 1983, « The Development of the "Participant Observation" Method in Sociology: Origin Myth and History », *The History of the Behavioral Sciences*, Vol.19, n°4, p.379-393.

Platt Jennifer, 2003 [1994], « La première vague de l'école de sociologie de Chicago. Le mythe des données de première main », dans Cefaï Daniel (dir.), 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p.139-161.

Pleace Nicholas, 2014, *Le logement d'abord*, Rapport Dihal / Feantsa.

Quéré Louis, 1999, « Action située et perception du sens », dans de Fornel Michel & Quéré Louis (dir.), 1999*, La logique des situations. Nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.301-338.

Quéré Louis, 2006, « L'environnement comme partenaire », dans Barbier Jean-Marie & Durand Marc (dir.), *Sujets, activités, environnements. Approches* transverses, Paris, Presses Universitaires de France, p.7-29.

Quesemand-Zucca, 2007a, *Je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation*, Paris, Stock.

Quesemand-Zucca, 2007b, « Le corps à vif », *VST - Vie sociale et traitements*, n°96, p.25-29.

Ravinet Pauline, 2019, « Fenêtre d'opportunité », dans Boussaguet Laurie, Jacquot Sophie & Ravinet Pauline (dir.), 2019, *Dictionnaire des politiques publiques. 5e édition entièrement revue et corrigée*, Paris, Presses de Sciences Po.

Ravon Bertrand, 2007, « Réchauffer le monde. L'exemple des Camions du cœur », *Empan*, n°68, p.123-129.

Ravon Bertrand, 2008a, « Souci du social et action publique sur mesure. L'expérience publique, singulière et critique des problèmes sociaux », *SociologieS*.

Ravon Bertrand, 2008b, « Le temps présent de l'accompagnement social : une temporalité bien à soi », dans Châtel Vivianne (dir.), *Le temps des politiques sociales*, Fribourg, Academic Press, p.223-234.

Ravon Bertrand, 2010, « Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité », Felix Catherine & Tardif Julien (dir.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance. Actes du colloque international* [en ligne].

Ravon Bertrand, 2012, « Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverse, accordage », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°14, p.97-111.

Ravon Bertrand & Ion Jacques, 2012, *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.

Ravon Bertrand & Vidal-Naquet Pierre, 2016, « L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive », *SociologieS*.

Ravon Bertrand & Vidal-Naquet Pierre, 2018, « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », *Rhizome*, n°67, p.74-81.

Remy Catherine, 2014, « Accepter de se perdre. Les leçons ethnographiques de Jeanne Favret-Saada », *SociologieS*.

Revil Héléna, 2014, *Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*, Université de Grenoble.

Roquet Emmanuel, 1999, « L'usage de l'alcool au sein de groupes de sans-abri », *Sciences sociales et santé*, Vol.17, n°2, p.59-75.

Roquet Emmanuel, 2001, « « Le bien boire » du sans-abri », *Psychotropes*, Vol.7, p.23-32.

Rode Antoine, 2010, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de doctorat en sciences politiques, Université de Grenoble / Institut d'Études Politiques de Grenoble.

Rogers Matt, 2012, « Contextualizing theories and practices of bricolage research », *The Qualitative report*, Vol.17, p. 1-17.

Roth Julius A., 1972, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele : The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, Vol.77, n°5.

Roth Julius A. & Douglas Dorothy, 1983, *No Appointaient Necessary. The Hospital Emergency Department in the Medical Services World*, New York, Irvington Publisher.

Roy Shirley, 2009, « Histoire politique de la question itinérante au Québec », dans Pichon Pascale (dir.), 2009, *SDF, sans-abri, itinérant. Oser la comparaison*, Louvain, Presses Universitaires de Louvain, p.25-41.

Roy Shirley, 2016, « Recherche, savoir et politique. L'exemple québécois de la recherche partenariale sur l'itinérance », dans Pichon Pascale & *al*. (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.231-252.

Schegloff Emanuel, 1986, « The Routine as Achievement », *Human Studies*, Vol.9, n°2/3, p.111-151.

Schlegel Vianney, 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*, n°30, p.185-207.

Schlegel Vianney, 2019, *Question sociale, question médicale. La professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile en France*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille.

Schoepfer Isabelle, 2014, « Capturing neighbourhood images through photography », *Visual ethnography*, Vol.3, n°1, p. 7-34.

Schütz Alfred, 2008 [1971], *Le chercheur et le quotidien. Phénoménologie des sciences sociales*, Paris, Klincksieck.

Schwartz Olivier, 2018 [1993], « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », dans Anderson Nels, 2018 [1923], *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, p.335-384.

Simmel Georg, 2013 [1908], *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses Universitaires de France.

Smith Dorothy, 2018 [2005], *L'ethnographie institutionnelle. Une sociologie pour les gens*, Paris, Economica.

Snow David A. &Michael Mulcahy, 2002, « Stratégies de maîtrise de l'espace, de résistance et de survie des sans-abri à Tucson, Arizona », in dans Cefaï Daniel & Joseph Isaac (dir.), *L'héritage du pragmatisme. Conflits d'urbanité et épreuves du civisme*, La Tour d'Aigue, Éditions de l'Aube, p.337-358.

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, p.38-48.

Soutrenon Emmanuel, 2005, « Offrons-leur l'asile ! Critique d'une représentation des clochards en "naufragés"», *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°159, p.88-115.

Stavo-Debauge Joan, 2012, « Des "évènements" difficiles à encaisser. Un pragmatisme pessimiste », dans Cefaï Daniel & Terzi Cédric (dir.), 2012, *L'expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.191-223.

Strauss Anselm L., 1992 [1959], *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié.

Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Strauss Anselm L., 1992 [1978a], « Une perspective en termes de monde social », dans Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p.269-282.

Strauss Anselm L., 1992 [1978b], « Négociations. Introduction à la question », dans Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p.245-268.

Strauss Anselm L. & Glaser Barney, 1965, « La conscience d'une mort proche », dans Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p.113-141.

Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara & Wiener Carolyn, 1982, « The Work of Hospitalized Patients », *Social Science & Medicine*, Vol.16, n°9, p.977-986.

Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara & Wiener Carolyn, 1992 [1985a], « Maladie et Trajectoires », dans Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p.143-189.

Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara & Wiener Carolyn, 1992 [1985b], « Le travail d'articulation », dans Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p.191-244.

Sudnow David, 1967, *Passing on. The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Szasz Thomas & Hollander Marc H., 1956, « A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship », *Archives of Internal Medicine*, n° 97, p.585-592.

Tassin Étienne, 2016, « Exposer l'invisible : protection, apparition et disparition des sans-abri dans l'espace public », dans Pichon Pascale & *al*. (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses Universitaires de Saint-Étienne, p.275-288.

Tersigni Simona, 2016, « Quartiers populaires, une visite guidée », *Métropolitiques*.

Thévenot Laurent, 1990, « L'action qui convient », dans Pharo Patrick & Quéré Louis (dir.), *Les formes de l'action*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.39-69.

Thévenot Laurent, 1992, « Jugements ordinaires et jugement de droit », *Annales*, Vol.47, n°6, p.1279-1299.

Thévenot Laurent, 2006, *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte.

Thomas William I., 2009 [1923], « Définir la situation », dans Joseph Isaac & Grafmeyer Yves, 2009 [1979], *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Flammarion, p.79-82.

Thuderoz Christian, 2010, *Qu'est-ce que négocier ? Sociologie du compromis et de l'action réciproque*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Tonnelat Stéphane, 2012, « La dimension sensible des problèmes publics. La plate-forme d'observation du bayou et la viabilité d'un quartier de la Nouvelle-Orléans », dans Cefaï Daniel & Terzi Cédric (dir.), 2012, *L'expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.163-190.

Tonnelat Stéphane, Jolé Michèle & Kornblum William, 2007, « Vers une ethnographie coopérative. Trouver sa place dans la ville "en train de se faire" », dans Cefaï Daniel & Saturno Carole (dir.), *Itinéraires d'un pragmatiste. Autour d'Isaac Joseph*, Paris, Economica, p.277-291.

Trabut Loïc & Weber Florence, 2009, « Comment rendre visible le travail des aidants ? Le cas des politiques de la dépendance en France », *Idées économiques et sociales*, n°158, p.13-22.

Travers Andrew, 2002 [1999], « Non-person and Goffman. Sociology under the influence of literature » dans Smith Greg (dir.), 2002 [1999], *Goffman and Social Organization. Studies of a Sociological Legacy*, London, Routledge, p.156-176.

Trom Danny, 2001, « Grammaire de la mobilisation et vocabulaires de motifs » dans Cefaï Daniel & Trom Danny (dir.), *Les formes de l'action collective. Mobilisations dans des arènes publiques*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.99-134.

Tronto Joan, 2009 [1993], *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

Uribelarrea Gabriel, 2012, *La rue au féminin. Analyses des pratiques spatiales des femmes engagées dans des carrières de vulnérabilité*, Mémoire de Master 1 Sociologie, Université Lumière Lyon II.

Uribelarrea Gabriel, 2019, « Considérer les attachements des sans-abri aux animaux », *Rhizome*, n°72, p.15.

Uribelarrea Gabriel, 2020, « Entre quiétude et inquiétude. Cohabitation et régulation des situations de bruit dans une institution d'hébergement médicalisé pour sans-abri », *Socio-anthropologie* (*à paraître*).

Uribelarrea Gabriel, *à paraître*, « Pallier les discriminations sans les nommer ? Le cas de l'accès aux soins hospitaliers des sans-abri », *Médecine*.

Uribelarrea Gabriel & Jouve Élodie, 2017, « Chronique d'une ethnographie coopérative. Retour sur une enquête embarquée dans un établissement médico-social », *Recherches qualitatives*, Vol.36(2), p.112-132.

Uribelarrea Gabriel & Vernède Francis, 2013, « Ethnographie de la place Gabriel Péri. Observations d'un espace populaire lyonnais », *Les dossiers de la MRIE 2013* [en ligne].

Vassy Carine, 2004, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, n°32, p.67-74.

Vassy Carine & Derbez Benjamin, 2019, *Introduction à la sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin.

Vexliard Alexandre, 1998 [1957], *Le clochard*, Paris, Desclée de Brouwer.

Veysset Nicolas, 1999, « La fin des dépôts de mendicité au début de la III^{e} République », dans Gueslin André, Kalifa Dominique (dir.), 1999, *Les exclus en Europe, 1830-1939*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, p. 112-123.

Vollaire Christiane, 2011, « Le tabou du dégoût. L'anesthésie du soignant », *Ethnologie française*, Vol. 41, p.89-97.

Wang Caroline C. & Burris Ann-Marry, 1997, « Photovoice : Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment », *Health Education & Behavior*, Vol.24, n°3, p. 369-387.

Wang Caroline C., Cash Jennifer L. & Powers Lisa S., 2000, « Who Knows the Streets as Well as the Homeless ? Promoting Personal and Community Action Through Photovoice », *Health promotion practice*, Vol.1, n°1, p. 81-89.

Wardhaugh Julia, 1999, « The Unaccommodated Woman : Home, Homelessness and Identity », *The Sociological Review,* Vol.47.

Warin Philippe, 2016, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Weber Florence, 2003, « Peut-on rémunérer l'aide familiale ? », dans Weber Florence, Gojard Séverine & Gramain Agnès (dir.), *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, Éditions la Découverte, p.43-67.

Weber Florence, 2008, « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés », *Genèses*, n°70, p.140-150.

Weber Florence, 2009 [1989], *Le travail à-côté. Une ethnographie des perceptions,* Paris, Éditions de l'EHESS.

Weber Florence, 2009, *Manuel de l'ethnographe*, Paris, Presses Universitaires de France.

Weber Florence, 2012a, « Relation d'aide et décision pour autrui, une approche ethnographique », dans Gzil Fabrice & Hirsch Emmanuel (dir.), *Alzheimer, éthique et société*, Toulouse, Érès, p.139-153.

Weber Florence, 2012b, « De l'ethnologie de la France à l'ethnographie réflexive », *Genèses*, n°89, p.44-60.

Weber Florence, 2012c, « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *ALTER European Journal of Disability Research*, n°6, p.326-339.

Weber Florence, 2012d, « Présentation », dans Marcel Mauss, 2012, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Presses Universitaires de France.

Weber Florence, Gojard Séverine & Gramain Agnès (dir.), 2003, *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, Éditions la Découverte.

Weber Max, 1992, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Agora.

Wieder Lawrence D., 2010 [1974], « Dire le code du détenu. Enquêter sur la culture de la prison », dans Cefaï Daniel & *al*. (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.183-218.

Winance Myriam, 2007, « Dépendance versus autonomie… De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales », *Sciences sociales et santé*, Vol.25, n°4, p.83-91.

Wiseman Jacqueline P., 1979 [1970], *Stations of the Lost. The Treatment of Skid Row Alcoholics*, Chicago London, The University of Chicago Press.

Wolff Valérie, 2018, *La précarité en urgence. Mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Worth Sol & Adair John, 1997 [1972], *Through Navajos Eyes. An Exploration in Film Communication and Anthropology*, Albuquerque, University of New Mexico Press.

Yaouancq Françoise, Lebrère Alexandre, Marpsat Maryse, Régnier Virginie, Legleye Stéphane & Quaglia Martine, 2013, « L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », *INSEE Première*, n°1455.

Zask Joëlle, 2004, « L'enquête sociale comme inter-objectivation », dans Karsenti Bruno & Quéré Louis, 2004, *La croyance et l'enquête. Aux sources du pragmatisme,* Paris, Éditions de l'EHESS, p.141-163.

Zask Joëlle, 2008, « Le public chez Dewey : une union sociale plurielle », *Tracés. Revue de sciences humaines.*

Zask Joëlle, 2015, *Introduction à John Dewey*, Paris, La Découverte.

Zask Joëlle, 2019, « Les ruelles de Montréal, un laboratoire de la vie démocratique », *Métropolitiques*.

Zeneidi-Henry, 2002, *Les SDF et la Ville. Géographie du savoir-survivre*, Paris, Éditions Bréal.

Zimmermann Bénédicte, 2008, « Capacités et enquête sociologique » dans de Munck Jean & Zimmermann Bénédicte (dir.), 2008, *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.113-137.

Zimmermann Bénédicte, 2013, « Grand résumé de *Ce que travailler veut dire. Une sociologie des capacités et des parcours professionnels, Paris, Éditions Economica, 2011* », *SociologieS*.

Annexes

Annexe 1 : Entretiens semi-directifs

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des entretiens semi-directifs enregistrés. Lorsque des extraits de ces entretiens sont utilisés dans le manuscrit, j'indique les noms des personnes interviewées. Comme je le présentais dans le cadre du chapitre 1, j'ai principalement mené des discussions informelles avec les professionnels et les sans-abri. Elles sont inscrites dans le tableau lorsqu'elles étaient enregistrées. Celles qui n'ont pas été enregistrées ne sont pas consignées.

Nom	Statut – Institution	Date	Lieu	Durée
Entretiens dans le cadre de l'enquête au sein de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital				
	Responsable, Médecins du Monde à Lyon Assistant social, Médecins du Monde	29 janvier 2014	Médecins du Monde, Lyon	1h
	Cheffe de service, CHRS de l'Armée du Salut	29 janvier 2014	CHRS de l'Armée du Salut, Lyon	1h
	Assistante sociale, CHRS de l'Armée du Salut	29 janvier 2014	CHRS de l'Armée du Salut, Lyon	1h
	Assistant social, Villa d'Hestia	30 janvier 2014	Villa d'Hestia, Villeurbanne	1h
	Cadre de santé, Villa d'Hestia	30 janvier 2014	Villa d'Hestia, Villeurbanne	1h
	Cheffe du service social, hôpital Saint Joseph Saint Luc Assistante sociale, hôpital Saint Joseph Saint Luc	31 janvier 2014	Hôpital Saint Joseph Saint Luc, Lyon	1h15

	Infirmière, Lits de repos de l'Armée du Salut	5 février 2014	Local de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital, Lyon	1h15
	Médecin Psychiatre, Interface SDF Psychologue, Interface SDF Infirmier, Interface SDF Infirmière, Interface SDF	12 février 2014	Hôpital Saint Jean de Dieu, Lyon	1h15
	Assistante sociale, Samu Social 69 Éducateur spécialisé, Samu Social 69	14 février 2014	Local du Samu Social 69, Lyon	1h
	Infirmier, Foyer Notre-Dame des Sans-Abri	20 février 2014	Centre Gabriel Rosset, Lyon	45min
Entretiens avec les professionnels de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital				
Fabienne	Infirmière	3 décembre 2014	Local de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital	2h15
Ilyan	Infirmier	9 décembre 2014	Local de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital	2h30
	Assistante sociale	10 décembre 2014 12 décembre 2014	Local de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital	1h50 1h15

Entretiens avec les professionnels de la Villa d'Hestia dans le cadre de l'enquête sur l'alcool				
Nicolas	Éducateur spécialisé	8 juillet 2015	Villa d'Hestia	1h30
Laura	Agent de service hospitalier	10 juillet 2015	Villa d'Hestia	40min
	Assistante sociale	10 juillet 2015	Villa d'Hestia	45min
Magalie	Infirmière	17 septembre 2015	Villa d'Hestia	40min
Hugo	Infirmier	18 septembre 2015	Villa d'Hestia	45min
Audrey	Aide-soignante	23 septembre 2015	Villa d'Hestia	35 min
Christine	Infirmière	28 septembre 2015	Villa d'Hestia	35min
Arnaud	Infirmier	30 septembre 2015	Villa d'Hestia	50min
Thierry	Médecin	30 septembre 2015	Villa d'Hestia	1h
Mathilde	Aide-soignante	1er octobre 2015	Villa d'Hestia	40min
Marie	Auxiliaire de vie sociale, Appartements de Coordination Thérapeutiques	2 octobre 2015	Villa d'Hestia	40min
Cyril	Infirmier	9 octobre 2015	Villa d'Hestia	40min
Valérie	Aide-soignante	9 octobre 2015	Villa d'Hestia	
Entretiens avec des patients de la Villa d'Hestia				
Robert	Patient	7 mai 2015	Dans le réfectoire	1h15
Monsieur Farliard	Patient	7 mai 2015	Dans le hall	1h
Sabri	Patient	9 juin 2015 6 juillet 2015	Dans le coin fumeur Dans le coin fumeur	2h 1h15
Edin	Patient	7 juillet 2015 9 novembre 2015	Dans le jardin de l'établissement Dans le réfectoire	1h30 1h
José	Patient		Dans sa chambre	3h30
Pierre	Patient	19 juin 2015	Dans le coin fumeur	

Daniel	Patient	24 septembre 2015	Dans le jardin de l'établissement	2h
Charlotte	Patiente	30 décembre 2015	Dans sa chambre	2h
Entretiens avec des professionnels dans le cadre de l'enquête socio-historique				
Amélie	Assistante sociale	2 juillet 2015	Sur son lieu de travail, Lyon	1h50
	Ancienne assistante sociale de l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital	6 juillet 2015	Sur son lieu de travail, Lyon	1h45
	Assistante sociale PASS Hôtel-Dieu et hôpital du Vinatier	20 août 2015	Hôpital du Vinatier	1h15
	Médecin PASS Hôtel-Dieu et hôpital Édouard Herriot	14 septembre 2015	Hôpital Édouard Herriot	45min
	Médecin PASS Hôtel-Dieu et Médecins du Monde	25 septembre 2015	Hôpital de la Croix-Rousse	1h10
	Infirmier Hôtel-Dieu	30 novembre 2015	Dans un bar, Lyon	1h10
Jean-Pierre Vignat	Psychiatre, fondateur Interface SDF	19 février 2020	Par téléphone	1h10
Julien	Éducatrice spécialisée	15 novembre 2019	CHRS Riboud	55min

Annexe 2 : Archives

Les archives consultées n'ayant pas de côte ou de numéro, je propose de les classer par institutions, nom du dossier (lorsqu'il y en a plusieurs) et types de documents au sein du dossier. Dans le cours de la thèse, j'ai indiqué le nom exact des documents mobilisés.

Foyer Notre-Dame des Sans-Abri

Rapports d'activité et rapports moraux de 1950 à 2010.

Dossier « Santé » comprenant les rapports d'activité des dispositifs santé, des courriers internes, des courriers avec des partenaires, des budgets et bilans financiers d'activités « santé ».

Dossier « Mission Perrache » comprenant les rapports d'activité du dispositif, des comptes rendus de réunions consacrées au site de Perrache, des courriers internes, des courriers avec des partenaires.

Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital

Pré-projet et projet du Réseau Social Rue Hôpital.

Rapports d'activité du dispositif de 2004 à 2012.

Interface SDF

Projet du Dr. Vignat de 1995.

Rapports d'activité 1999 et 2000.

Secrétariat d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence

Archives Nationales 20030337/9 comprenant des courriers internes, des rapports d'activité de l'association « Loup y-es-tu ? », des comptes rendus de réunions.

Annexe 3 : Projet photographique – Villa d'Hestia

Le sans-abrisme a fait l'objet de plusieurs reportages photographiques de la part aussi bien de photographes que de chercheurs en sciences sociales. Ces travaux ont pour point commun d'avoir été réalisés par des personnes « extérieures » et non par des personnes sans-abri. Elles ont documenté la (sur)vie de ces dernières, aussi bien dans la rue que dans différentes structures d'accueil.

Le projet

Le projet photographique que nous souhaitons développer a un objectif similaire : **mettre en image l'expérience vécue de personnes sans-abri**. Cependant, notre parti pris, innovant, diffère des travaux précédemment mentionnés. Nous reconnaissons, *a priori*, la capacité des personnes sans-abri à mettre en mots et en images leur quotidien. Ainsi, plutôt que de solliciter un photographe extérieur, il nous paraît tout à fait pertinent et intéressant que **les patients de la Villa d'Hestia se saisissent du médium photographique**[423]**, en devenant eux-mêmes les photographes**.

Objectifs et intérêts pour la Villa d'Hestia et Orsac

Ce projet photographique a un double objectif :

- en travaillant sur la mise en capacité des patients et en valorisant leurs ressources, **ce projet serait un complément efficace à l'accompagnement médico-social** mis en œuvre au sein des Lits Halte Soins Santé. Il pourrait favoriser la création d'un espace d'échanges collectifs, de lien social et de confiance indispensable à tout processus de soins.

- il permettra de **mener une communication originale** aussi bien auprès des (futurs) partenaires que des habitants du quartier. L'action de la Villa d'Hestia pourra être mieux (re)connue et ainsi favoriser un dialogue plus apaisé avec les riverains. Le projet contribuera également à renforcer la visibilité d'Orsac, notamment dans le contexte de création éventuelle des Lits d'Accueil Médicalisés. Enfin, il participera à une reconnaissance des personnes sans abri, en soulignant la singularité et la complexité des réalités vécues au-delà des préjugés et idées reçues.

Budget prévisionnel

Objet	**Quantité**	**Prix**
Appareils photos jetable, Fujifilm	15	174.3
Développement photos + CD		137.25
Exposition : impression, communication		150
Total		461.55 €

[423] Cette idée a d'ailleurs émergé d'une discussion avec un patient qui venait, lui-même, de prendre en photo un autre patient avec son téléphone portable.

Calendrier du projet

Prise des photos : la première phase consiste à prêter des appareils photos aux patients de la Villa d'Hestia qui le souhaitent. Ils pourront garder l'appareil photo avec eux durant plusieurs jours afin de prendre en photo les personnes, les objets et les espaces qu'ils veulent. Nous ne fixons aucune contrainte ou thématique *a priori*. Nous laissons carte blanche aux personnes afin qu'elles s'expriment librement à travers cet outils.
Cette phase se déroulera **d'août à septembre 2015**.

Réalisation d'entretiens : une fois que les photos auront été prises, nous les ferons développer sur papier (le développement sera réalisé, au plus tard, durant la première quinzaine d'octobre). À partir de là débutera une deuxième phase qui consiste en la réalisation d'entretiens informels autour de ces photos. Nous discuterons avec chaque patient-photographe afin de comprendre le sens qu'il a donné, les choix qu'il a faits et les contextes dans lesquels il a pris ces photos. L'intérêt n'est pas d'épuiser le sens des images mais de saisir les démarches sous-jacentes. Dans la mesure du possible ces discussions seront enregistrées – et retranscrites – afin d'en tirer des verbatim.
Cette phase se déroulera en **octobre 2015**.

Organisation d'une exposition : de l'ensemble de ces matériaux – images et écrits – nous dégagerons collectivement différentes thématiques autours desquelles s'articulera l'exposition. Dans ce cadre, et afin de favoriser la diffusion et la visibilité de ce travail, nous nouerons un partenariat avec d'autres organismes tels que la Fondation Abbé Pierre ou le Collectif Item[424].
Cette phase se déroulera de **octobre 2015 à décembre 2015.**

Exposition en janvier 2016,
en reprenant le moment festif de la « galette des rois », comme en janvier 2015.

Coordinateurs du projet

Baptiste Peycelon
Éducateur spécialisé
Villa d'Hestia - Orsac

Gabriel Uribelarrea
Doctorant en sociologie
Centre Max Weber – Université Jean Monnet

[424] Collectif de photographes lyonnais.

Table des matières

REMERCIEMENTS **5**

SOMMAIRE **9**

GLOSSAIRE **11**

INTRODUCTION GÉNÉRALE **13**

1/ ENQUETER SUR LA RELATION DE SOIN 15

a/ La médicalisation du problème public du sans-abrisme *17*

b/ L'omniprésence de la question du soin au sein de l'urgence sociale *22*

c/ Entre question sanitaire, question sociale et question urbaine *28*

2/ UNE SOCIOLOGIE DE L'EXERCICE DU JUGEMENT 34

a/ Une approche écologique des processus de cadrage des sans-abri *34*

b/ Fragment d'une situation originelle : le patient sans abri comme « non personne » *39*

c/ Le regard et l'égard : un idéal-type du patient-comme-personne *44*

3/ ENTRE PERSONNALISATION ET DEPERSONNALISATION DU PATIENT 48

a/ (Dé)considération des singularités du patient *48*

b/ (Dé)considération des capacités d'agir du patient *52*

4/ ANNONCE DU PLAN 56

CHAPITRE 1 – UNE ENQUETE ENGAGÉE ET EXPÉRIMENTALE : RETOURS SUR LE TERRAIN **59**

SECTION 1 : UNE ETHNOGRAPHIE *DANS* ET *SUR* L'URGENCE SOCIALE LYONNAISE 60

1/ Circuler entre les institutions : enquêter dans les lieux de l'accès aux soins *60*

a/ Entrer sur le terrain : l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital 61

b/ Prolonger le terrain : la Villa d'Hestia 66

c/ Comprendre l'accès aux soins des sans-abri à l'aune du cas lyonnais 68

2/ Circuler entre les personnes : suivre les professionnels et les sans-abri *71*

a/ Un souci de symétrie 71

b/ Observer à découvert et prendre des notes 77

c/ S'entretenir de manière formelle et informelle 79

3/ Circuler dans le temps : interroger les spécificités locales *81*

a/ D'une approche présentiste à une approche généalogique 82

b/ L'entrée sur le terrain archivistique 85

c/ Invention et usages des archives 88

SECTION 2 : UNE ETHNOGRAPHIE COOPERATIVE 91

1/ Une enquête sur la prise en charge de l'alcool *92*

a/ Répondre favorablement à une demande 92

b/ Continuer l'enquête et mener des entretiens ciblés 96

c/ Restituer les analyses sous de multiple formats 98

2/ Chronique d'une ethnographie visuelle *102*

a/ Du tâtonnement initial à l'enquête coopérative 103

b/ Articuler les photographies et les observations : un bricolage méthodologique 109

c/ Un trouble dans la cohabitation à l'origine de l'exposition 111

3/ L'héritage de la tradition sociologique de Chicago *119*

a/ La coopération entre l'enquêteur et les enquêtés 119

b/ Mise en accessibilité des données et des résultats de l'enquête 123

c/ Des prises pour réimaginer l'action 124

PARTIE 1 : QUAND L'ACCÈS AUX SOINS S'ACCOMPLIT ENTRE LE MONDE MÉDICAL ET LE MONDE DE L'ASSISTANCE 131

CHAPITRE 2 – FRANCHIR LES PORTES DE L'HÔPITAL 135

SECTION 1 – LES SANS-ABRI : DES PATIENTS DIFFICILES ? 136
1/ Présupposer les difficultés : le patient comme personne préjugée *137*
a/ La mise en attente des sans-abri aux urgences 137
b/ Les sens de l'apparence physique 142
c/ La transmission parcellaire des informations 146
2/ Faire face aux difficultés : épreuve pratique et morale autour de la fin d'hospitalisation *150*
a/ Les sortants d'hôpitaux : un problème historique 151
b/ La recherche de prises dans le réseau institutionnel et personnel 153
c/ Le retour à la rue : une responsabilité partagée 158
SECTION 2 – DES DISPOSITIFS HOSPITALIERS DEDIES AUX SANS-ABRI 161
1/ Sortir les sans-abri de la gare, les sortir de la rue : aux origines du Samu Social lyonnais *162*
a/ Héberger en urgence les sans-abri de la gare Perrache (hiver 1992-1993) 163
b/ Prévenir les sans-abri de la fermeture nocturne de la gare : la « Mission Perrache » (1994) 168
c/ Accompagner les « sorties de rue » 173
2/ Sortir de l'hôpital pour mieux y entrer *177*
a/ Répondre aux « troubles mentaux » : l'enquête du Dr. Vignat 178
b/ Retisser les fils d'une histoire : le projet d'Interface SDF 182
c/ Coordonner l'accès aux soins : l'Équipe Mobile du Réseau Social Rue Hôpital 186
SECTION 3 – LE TRAVAIL D'ARTICULATION DES TIERS-INFIRMIERS 194
1/ Instaurer les possibilités d'une rencontre *194*
a/ Établir des premiers contacts 195
b/ Organiser un rendez-vous 200
c/ (R)Attacher le patient aux professionnels soignants 204
2/ Porter des paroles *207*
a/ Partager la situation, partager la même langue 208
b/ S'appuyer sur des collectifs lors de la prescription 213
c/ Favoriser la parole du patient 218

CHAPITRE 3 – SOIGNER LES HÉBERGÉS, HÉBERGER LES MALADES 227

SECTION 1 – L'ACCES AUX SOINS DEPUIS LE FOYER NOTRE-DAME DES SANS-ABRI (1950-2005) 228
1/ 1950-1980 : une préoccupation, pas une priorité *230*
a/ Répondre aux besoins singuliers des sans-abri 230
b/ Faire face au « fléau de l'alcoolisme » 234
c/ Reloger pour soigner 238
2/ À partir des années 1990 : structuration de dispositifs dédiés *241*
a/ S'emparer de l'effervescence nationale au niveau local 241
b/ Inventer un dispositif au regard des réalités locales 245
c/ Penser l'accès au « droit commun » : le cas de la distribution des médicaments 249
SECTION 2 – TISSER UN RESEAU DE SOINS SITUE 255
1/ Une mobilisation pour l'hébergement et ses conséquences sur l'accès aux soins *255*
a/ Vers une « chronopolitique stabilisatrice » 256
b/ La mobilisation des professionnels de l'urgence sociale (hiver 2009-2010) 258
c/ Des « soins à domicile » pour les sans-abri hébergés 265
2/ Le travail d'articulation des tiers-infirmiers (II) *270*
a/ Décoder le langage médical 271
b/ Recadrer les situations problématiques, rassurer les travailleurs sociaux 273
c/ Créer un environnement soignant 279
SECTION 3 – LES SANS-ABRI « MALADES » HEBERGES 285
1/ Le mauvais état de santé des sans-abri : motif d'accès à l'hébergement *286*
a/ Prioriser les plus « vulnérables » 286
b/ Critiquer les critères de priorisation 290
c/ Être admis aux Lits Halte Soins Santé 294

2/ Ce qui motive les patients à entrer (ou pas) aux Lits Halte Soins Santé *299*
a/ Quand le patient se reconnaît dans un rôle de malade 299
b/ Quand l'horizon est la sortie de la rue 301
c/ Quand ce qui vaut est ailleurs 305

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE **313**

PARTIE 2 – QUAND LE PATIENT HABITE LE LIEU DE SOINS **317**

CHAPITRE 4 – DIVERSITÉ ET CONTIGUÏTÉ DES SOINS **321**

SECTION 1 – L'ETAT DE SANTE : UNE (PRE)OCCUPATION PARTAGEE 322
1/ Une matinée rythmée par les soins spécialisés *323*
a/ En salle de soins, « ça défile le matin » 324
b/ Prendre des médicaments 328
c/ Préparer le départ 332
2/ Le prendre soin entre les patients *335*
a/ Prendre des nouvelles 336
b/ Surveiller et veiller sur les voisins 340
c/ Réguler les troubles sonores entre quiétude et inquiétude 343
SECTION 2 – L'ALCOOL : AUX BORD DES SOINS, AUX BORDS DE L'INSTITUTION 349
1/ Un lieu d'interdiction d'alcool, pas un lieu de sevrage *350*
a/ Une évolution progressive vers l'interdit 350
b/ Désaccord quant aux capacités d'un patient à arrêter l'alcool à la Villa d'Hestia 354
c/ L'absence de lien avec le monde de l'addictologie 359
2/ Les patients habitants du quartier *364*
a/ Boire de l'alcool à l'extérieur 364
b/ Raccompagner le patient en état d'ivresse 368
c/ Sortir dans le quartier et s'évader 373
SECTION 3 – SOINS SANS FIN, FIN DES SOINS 376
1/ Des soins de confort sans cesse réélaborés *377*
a/ L'impuissance déclarée n'est pas une inaction 377
b/ Une finalité provisoire : intervenir auprès du patient dans son fauteuil 381
c/ Le problème des sans-abri vieillissant 385
2/ « À quoi bon se soigner si c'est pour retourner à la rue ?! » *389*
a/ Une sortie vers la rue après une pathologie aigüe soignée 390
b/ Craintes d'un retour à la rue malade 393
c/ Critiques d'une application différenciée du règlement 396

CHAPITRE 5 – LA *QUALITÉ SOIGNANTE* DES ATTACHEMENTS AUX ANIMAUX ET À L'ALCOOL **403**

SECTION 1 – JUGER LES ATTACHEMENTS AUX ANIMAUX 406
1/ Prendre soin de chats indésirables *406*
a/ Imaginer des activités avec les chats 407
b/ Fermer les yeux sur les transgressions au règlement 411
c/ Prévenir un attachement trop fort 415
2/ Accueillir ou faire naître le binôme maître-animal *418*
a/ Intervenir sur le binôme maître-animal pour favoriser l'accès aux soins 418
b/ Réfléchir aux conditions d'accueil du binôme maître animal, réfléchir aux conditions d'accueil en général (1997) 422
c/ Accompagner la naissance d'un attachement 426
SECTION 2 – SOIGNER AVEC L'ALCOOL 430
1/ Autoriser la consommation d'alcool entre les murs *430*
a/ Boire sous le regard des professionnels 431
b/ Considérer (l'attachement à l'alcool de) la personne en fin de vie 436
c/ Ne pas ébruiter les autorisations 442
2/ S'ouvrir à l'extérieur *445*
a/ Déplacer les répétitions théâtrales hors les murs 446

b/ Déposer ses canettes de bière en sécurité ... 450
c/ Penser l'intérêt général d'une expérimentation particulière ... 454
SECTION 3 – ESSAYER D'EMPECHER LA CONSOMMATION D'ALCOOL ... 458
1/ Les bénéfices d'une protection sous contrainte ... *459*
a/ Des alcoolisations excessives au fondement de l'interdiction ... 459
b/ Une amélioration de l'état de santé ... 465
c/ La redéfinition ce qui vaut dans l'institution ... 468
2/ La réapparition problématique de la consommation d'alcool ... *473*
a/ L'insupportable interdiction de sortir ... 473
b/ Le surgissement du conflit ... 476
c/ L'exclusion ou le rappel au cadre ... 482

CONCLUSION GÉNÉRALE – LA RELATION DE SOIN A L'ÉPREUVE DES ATTACHEMENTS ... **493**

1/ LES CADRAGES DES PATIENTS SANS ABRI ET DE LEURS ATTACHEMENTS ... 494
a/ La personne préjugée et la personne attachée ... *494*
b/ La qualité soignante des attachements ... *497*
c/ Suivre les qualifications des attachements des patients dans la relation de soin ... *499*
2/ LES SOINS ET L'INSCRIPTION DANS DE NOUVEAUX ATTACHEMENTS ... 501
a/ Collectifs de soins et écologie des capacités ... *502*
b/ Fragilité culturelle et fragilité temporelle des collectifs ... *504*
c/ Suivre les reconfigurations des attachements ... *508*

BIBLIOGRAPHIE ... **513**

ANNEXES ... **549**

Annexe 1 : Entretiens semi-directifs ... *551*
Annexe 2 : Archives ... *555*
Annexe 3 : Projet photographique – Villa d'Hestia ... *556*

TABLE DES MATIÈRES ... **561**

RÉSUMÉ ... **565**

Résumé

À partir d'un travail de terrain mené dans l'agglomération lyonnaise, cette thèse engage une analyse de l'accès aux soins des sans-abri.

La première partie de la thèse montre, à partir d'une enquête sur des archives institutionnelles, comment l'accès aux soins de ces personnes s'est structuré, depuis les années 1990, entre le monde médical et le monde de l'assistance. Au sein de l'institution hospitalière, qui crée des inégalités d'accès aux soins, se développent des dispositifs visant à les pallier. À partir d'une enquête ethnographique dans l'un de ces dispositifs dédiés aux sans-abri je montre comment les infirmiers que j'ai suivis endossent un rôle de tiers et partagent un double souci. Il s'agit, d'une part, de réattacher les sans-abri à des professionnels de santé et, notamment, d'inscrire les personnes hébergées dans des collectifs de soins situés dont chaque membre représente un appui potentiel pour agir sur les soins. Il s'agit, d'autre part, de décoller l'« étiquette SDF » qui peut être assignée à ces patients par les professionnels du monde médical en les présentant, auprès de ceux-ci, comme des personnes inscrites dans des environnements et prises dans des réseaux d'interdépendances à considérer pour définir et accomplir des soins appropriés.

La deuxième partie prolonge cette analyse des collectifs de soins qui se tissent et qui se reconfigurent autour des personnes sans abri, à partir d'une enquête ethnographique dans une institution d'hébergement médicalisée. Les missions de l'établissement et le quotidien rythmé par les soins favorisent chez les patients accueillis un souci pour leur santé et pour celles de leurs voisins. Selon les situations ils sont à la fois des personnes soignées ou des personnes soignantes. Dans cet environnement, ils s'inscrivent dans des collectifs de soins denses composés de multiples acteurs sur lesquels ils peuvent compter : les professionnels et les patients de la structure mais aussi éventuellement des passants du quartier. Néanmoins, ces réseaux de soutiens possèdent une double fragilité structurelle. Tous les soins ne peuvent pas être menés dans cet environnement et les patients n'ont pas vocation à y rester indéfiniment. Par ailleurs, l'enquête rend compte de la manière dont les attachements, généralement préexistants à l'entrée dans l'institution, aux animaux et à l'alcool de certains sans-abri sont jugés par les professionnels et les patients eux-mêmes à l'aune de leur qualité soignante, c'est-à-dire au regard de ce qu'ils font aux soins et à la santé des personnes. Ils peuvent ainsi être définis comme des ressources ou comme des entraves pour l'accès aux soins.

Ainsi, cette thèse contribue à une analyse des formes d'imbrications entre habiter et (se) soigner pour les personnes sans abri. Elle ouvre, de manière plus générale, une réflexion sur l'accomplissement du soin à l'aune d'une écologie des capacités qui appréhende la question des capacités à partir des transactions qui s'engagent entre une personne et son environnement et des points d'appui potentiels qu'elle y repère.