



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Préparée au sein de l'Université de Rouen Normandie

Aux frontières du social et du sanitaire

**Approche ethnographique de la prise en charge de la santé des sans-abri
en centres d'hébergement**

Présentée et soutenue par

Chloé BUSSI

**Thèse soutenue publiquement le 17/11/2023
devant le jury composé de**

Mme MARYSE BRESSON	Professeure de sociologie, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines	Examinatrice
Mr MICHEL CASTRA	Professeur de sociologie, Université de Lille	Rapporteur
Mr ÉDOUARD GARDELLA	Chargé de recherche, CNRS	Examinateur
Mme ÉLISE LEMERCIER	Professeure de sociologie, Université de Rouen Normandie	Co-directrice de thèse
Mme ÉLISE PALOMARES	Professeure de sociologie et d'anthropologie, Université de Rouen Normandie	Co-directrice de thèse
Mme NADÈGE VEZINAT	Professeure de sociologie, Université Paris 8	Rapporteuse

Thèse dirigée par Élise LEMERCIER et Élise PALOMARES, Laboratoire DySoLab.



DySoLab
Laboratoire des dynamiques sociales

Remerciements

Après de longs mois d'écriture, j'ai souvent pensé à l'écriture de ces remerciements comme un moment de libération. Mais comment retranscrire avec justesse la force des liens sociaux qui ont permis cet aboutissement ? Entre gratitude et pudeur, les mots ne sont finalement pas si faciles à trouver...

Je remercie en premier lieu mes directrices de thèse qui m'ont accompagnée dans ce travail. Merci à Élise Lemerrier de m'avoir accompagnée du début à la fin, avec beaucoup de confiance, d'encouragements et de liberté, tout en me permettant d'envisager des perspectives de recherche particulièrement stimulantes. Je la remercie chaleureusement pour toutes les ficelles, de terrain, d'écriture, et pour tous les autres conseils qui ont dépassé le cadre de la thèse. Merci à Danièle Carricaburu qui m'a fait confiance dès le début de ce projet et qui m'a donné de précieuses clés pour initier cette recherche. Merci à Élise Palomares de m'avoir accompagnée sur la dernière partie de ce travail avec beaucoup de soutien et de bienveillance, en respectant les choix opérés en amont, tout en apportant un regard nouveau sur ce travail. Merci à elles trois pour leurs relectures, pour les échanges que nous avons pu avoir, et pour avoir apporté de la clarté là où parfois tout me paraissait confus.

Je remercie vivement Maryse Bresson, Michel Castra, Édouard Gardella et Nadège Vezinat d'avoir accepté de lire et de discuter ce travail. Je suis ravie de bénéficier de leurs retours et je me réjouis de la perspective de nos échanges à venir.

Je souhaite ensuite remercier chaleureusement l'ensemble des enquêté.e.s sans qui cette recherche n'aurait pu s'accomplir. Merci à tout.e.s les professionnel.le.s, du social et du soin, que j'ai pu rencontrer et qui m'ont témoigné d'une confiance précieuse tout au long de l'enquête. Nos échanges ont vivement nourri les analyses qui suivent, et j'espère qu'elles seront fidèles à vos expériences. Je me tiens à votre disposition pour en discuter. J'adresse un remerciement particulier au directeur et aux chef.fe.s de service d'Envol qui m'ont permis de bénéficier d'une grande liberté sur le terrain, rarement accordée aux sociologues. Je remercie également les hébergé.e.s des centres d'hébergement qui ont accepté ma présence au quotidien, et qui m'ont pour certain.e.s livré des fragments intimes de leur vie. Merci pour tous ces échanges qui m'ont énormément appris.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont relu et discuté des parties de ce travail. Je remercie pour cela très sincèrement François Féliu, Marion Grosini, Romain Juston Morival, Julie Rodrigues Leite et Vianney Schlegel. Je porte également un remerciement particulier à Isabelle Pouchet pour sa rigueur et son efficacité dans la correction de cette thèse. Merci également à ma grand-mère pour ses relectures et ses encouragements.

Je remercie ensuite les membres du réseau Aux frontières du sans-abrisme pour les échanges particulièrement éclairants qui m'ont aidée dans ce travail. Je souhaite également remercier les membres du laboratoire Dysolab pour les discussions scientifiques que nous avons pu avoir, et adresser un remerciement particulier à Anne Bidois et Sophie Devineau pour leur investissement auprès des doctorant.e.s. Merci à Marc Bessin d'avoir porté un intérêt à mon travail et de l'avoir enrichi de perspectives de recherche tout à fait stimulantes. Je lui souhaite le meilleur et espère avoir l'occasion de rediscuter avec lui de cette recherche.

Merci à l'ensemble de mes collègues du Havre de m'avoir accueillie avec beaucoup de bienveillance en tant qu'ATER. Je remercie en particulier à Nicolas Larchet et à Sandra Gaviria pour leurs conseils très utiles sur la fin de thèse et à Daniel Reguer et Myriam Hachimi-Alaoui pour leur soutien et leur confiance.

Et qu'est-ce qu'aurait été cette vie de doctorante sans l'avoir partagée directement avec d'autres ? J'adresse mes remerciements les plus chaleureux à l'ensemble des doctorant.e.s du laboratoire Dysolab, qui ont rendu ces années particulièrement agréables. Merci à Marie Picard, à Lucie Joly, à Romane Soler – pour son soutien à toute épreuve –, et à Ellie Mevel et Marion Grosini pour leurs conseils précieux. Un grand merci à Laura Bellenchombre, qui a toujours su tout relativiser (et pour tes fabuleuses interprétations de Céline. Je crois d'ailleurs que ça mérite un petit « *I'm Alive !* »). Merci à Léa Castanon d'avoir toujours eu les mots justes et d'avoir été si soutenante. Merci à Clémence Piedagnel, qui a commencé et qui termine cette aventure avec moi, pour son sens de l'écoute et nos conversations sans fin. La thèse est loin d'être une aventure solitaire, et j'ai eu la chance de la vivre en faisant l'expérience d'une véritable sororité, dépassant largement le cadre universitaire. Merci pour ces amitiés que la thèse permet de créer.

Merci à l'ensemble de mes ami.e.s d'avoir compris mon indisponibilité par moments, et de m'avoir permis des temps de décompression précieux. Merci à Pierre Cajot qui a traversé les mondes avec moi. À nos pauses beaucoup trop longues et à toutes ces discussions qui ont contribué à ce que ce travail aboutisse. Merci à Lucie pour ces presque vingt années d'amitié et de m'avoir fait le plus beau cadeau que l'on puisse faire à une amie. Merci pour ta présence, ton écoute, de toujours prendre ma défense, et pour tout le reste. Merci à Lauriane, ma meilleure partenaire de chorée, à Florian mon meilleur adversaire de débats, à Bapt et Arthur (c'est clairement vous les plus drôles !), à Manon et Alice, mes queens du BDC, à Louise de m'avoir transmis son goût de la couture et de m'avoir soutenue (supportée ?) pendant cette parenthèse bretonne. Merci à toutes celles et ceux qui se sont intéressé.e.s à ma thèse comme à celles et ceux qui n'ont jamais mis ça au centre de nos conversations. Merci pour les randos et tout le reste, Victor, Suzon, Côme, Axel, Marine, François... Merci à Eva de toujours être là malgré les années. Merci à Julie et à Adèle, qui sont tout aussi merveilleuses dans leurs rôles de mamans que de chercheures.

Je remercie évidemment ma famille d'avoir été si soutenante pour moi durant ces années. Merci en particulier à mes parents de m'avoir donné le goût d'accomplir les projets qui me tiennent à cœur. Merci à Arthur, Louis et Malou, et à Romane également pour cette parenthèse rochelaise mémorable. Merci à Karine et Kiki d'avoir toujours été présents pour moi. Merci à mes grands-parents, que je ne suis que trop peu allée voir ces derniers temps. Merci à toute ma belle-famille, et une mention spéciale à Catherine pour toutes ses petites attentions.

Merci, enfin, à celui sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes. Ce serait bien impossible de tout dire pour te remercier... Mais merci d'avoir réussi à me faire rire tous les jours, de m'avoir supportée quand j'étais là sans être là, et surtout d'avoir si attentivement pris soin de moi. Si ce travail est un aboutissement pour moi, il a débuté au même moment où tu te lançais toi aussi dans un projet pour lequel je souhaite te dire toute ma fierté, pour ta persévérance et ta créativité. Merci pour nos rituels qui ont rempli de douceur ces journées. Merci pour ton brin de différence et ta capacité à tout relativiser. Paulo, merci pour tout.

Sommaire

LISTE DES SIGLES.....	13
INTRODUCTION GENERALE	17
ENTRE CONCURRENCE ET INSUFFISANCES : LES CENTRES D'HEBERGEMENT DESTABILISES.....	19
SANS-ABRISME ET SANTE : AU PROLONGEMENT D'UNE LITTERATURE FOISSONNANTE.....	24
UNE SOCIOLOGIE DE LA SANITARISATION DU SOCIAL	29
REPLACER LA SANTE AU CŒUR DE RAPPORTS SOCIAUX INEGALITAIRES.....	36
ANNONCE DU PLAN	40
CHAPITRE 1. ENQUETER : UNE <i>INSIDER</i> EN CENTRES D'HEBERGEMENT	43
I. DES SOCIALIZATIONS FAMILIALES A UNE SOCIALIZATION PROFESSIONNELLE.....	44
II. LES LIEUX ET LES ETAPES DE L'ENQUETE.....	49
III. LES OUTILS DE L'ETHNOGRAPHIE.....	56
IV. S'INTEGRER AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES HEBERGES.....	63
V. ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE.....	70
CONCLUSION	78
SECTION 1. LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION SANITAIRE DES SANS-ABRI 81	
CHAPITRE 2. PAUVRES OU MALADES ? L'HISTOIRE D'UNE DISTINCTION.....	85
I. DES BONS ET DES MAUVAIS PAUVRES : AUX FONDEMENTS D'UN TRAITEMENT DIFFERENCIE	86
II. LA CHARITE HOSPITALIERE DE NUIT : RAPATRIER L'HOSPITALITE VERS L'ASSISTANCE.....	91
III. ÉMANCIPER LE SOCIAL DU MEDICAL	101
CONCLUSION	118
CHAPITRE 3. LA CONSTRUCTION D'UN CREDO ASSOCIATIF SOCIO-SANITAIRE.....	119
I. URGENCE SOCIALE, URGENCE SANITAIRE	120
II. REPENSER L'INSERTION	132
III. LA SRAS : POINT D'ORGUE DU CREDO ASSOCIATIF SOCIO-SANITAIRE	141
CONCLUSION	147
CHAPITRE 4. LE TEMPS DE LA FRAGILISATION : « <i>L'EXCLUSION "NE NOUS APPARTIENT PLUS" COMPLETEMENT</i> »	151
I. LA MEDICALISATION DU PROBLEME PUBLIC DU SANS-ABRISME : ENTRE CONTRIBUTIONS ET RESISTANCES.....	152
II. LA DESUETUDE DES CENTRES D'HEBERGEMENT COLLECTIF.....	172
CONCLUSION	188
CONCLUSION DE LA SECTION	191

SECTION 2. LA MATÉRIALITÉ DU SOIN : TRAVAILLER AU SEIN DU MONDE DE L'ASSISTANCE..... 195

CHAPITRE 5. DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES SOCIALES EN CENTRES D'HEBERGEMENT199

I. L'UNITE (RELATIVE) DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EN CENTRES D'HEBERGEMENT 202

II. « LA BOUCLE D'OREILLE, LE SYNDICAT ET LA GRANDE GUEULE » : UN BASTION PROFESSIONNEL MASCULIN..... 215

III. « UN PEU DE DOUCEUR DANS CE MONDE DE BRUTES » : LA FEMINISATION DES CENTRES D'HEBERGEMENT..... 233

CONCLUSION 255

CHAPITRE 6. AVEC OU SANS BLOUSE : ETRE SOIGNANTE AU SEIN DU MONDE DE L'ASSISTANCE259

I. RENDRE LA BLOUSE : ETRE INFIRMIERE EN CENTRE D'HEBERGEMENT..... 260

II. PORTER LA BLOUSE : LA SOUS-TRAITANCE DE LA GESTION DES CORPS 282

CONCLUSION 299

CHAPITRE 7. PARTAGE DU SOIN ET FRONTIERES AU TRAVAIL 303

I. « TOUT LE MONDE SOIGNE ICI ! » : LE PARTAGE DU CARE 305

II. ENTRE DOMINATION ET COOPERATION : LE SOIN AUX SANS-ABRI COMME ORDRE NEGOCIE..... 323

III. DIVISER POUR MIEUX SOIGNER ?..... 337

CONCLUSION 356

CONCLUSION DE LA SECTION 359

SECTION 3. L'INCORPORATION DU SOCIAL : DU TRAITEMENT INSTITUTIONNEL DE LA SANTE DES HEBERGES 363

CHAPITRE 8. DETERMINER LES « CAS PSY » : LES RESSORTS SOCIAUX DE L'ETIQUETAGE PATHOLOGIQUE 367

I. TOUS MALADES ?..... 369

II. LE PASSE ET L'ESPACE AUX FONDEMENTS DE L'ETIQUETAGE PATHOLOGIQUE 379

III. LA NON-CONFORMITE AU ROLE SOCIAL D'HEBERGE..... 385

IV. LA PATHOLOGISATION AU PRISME DU GENRE 400

CONCLUSION 411

CHAPITRE 9. ACCOMPAGNER : SOCIALISER LES HEBERGES A PRENDRE SOIN DE LEUR SANTE 415

I. LA PLACE DE LA SANTE DANS LES ACCOMPAGNEMENTS 416

II. LA NORMALISATION DES CORPS 426

III. SYMETRISER L'ACCOMPAGNEMENT : UNE INSTITUTION « ENVELOPPANTE »..... 439

IV. DU VECU INSTITUTIONNEL PAR LES HEBERGES..... 448

CONCLUSION 461

CHAPITRE 10. ÊTRE MALADE EN CENTRE D'HEBERGEMENT : DU TRAITEMENT INEGALITAIRE DES AFFECTIONS SANITAIRES.....	465
I. LES AFFECTIONS SANITAIRES : UN ACCELERATEUR DANS L'ACCES A L'HEBERGEMENT ?	467
II. DES CONDITIONS DE SOIN DISCRIMINANTES.....	485
III. DES INEGALITES DE TRAITEMENT DE LA SANTE PARMIS LES HEBERGES.....	496
CONCLUSION	516
CONCLUSION DE LA SECTION	521
CONCLUSION GENERALE.....	527
LES APPORTS PRINCIPAUX D'UNE ETHNOGRAPHIE ASSOCIATIVE	528
PROLONGER L'ANALYSE DE LA REDEFINITION SANITAIRE DU SANS-ABRISME PAR LE SOCIAL	535
PERSPECTIVES DE RECHERCHE POUR PENSER LE SOIN DANS DES ESPACES ET DES TEMPORALITES INVISIBILISES.....	541
BIBLIOGRAPHIE	547
ANNEXES.....	577
TABLE DES MATIERES.....	591
RESUME	597

Liste des sigles

AAH : Allocation aux adultes handicapés
AAVA : Atelier d'adaptation à la vie active
ABEJ : Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse
ADEMI : Analyse d'une démarche d'encouragement à la mobilité pour l'insertion
AEMO : Action éducative en milieu ouvert
AES : Administration économique et sociale
AES : Accompagnant éducatif et social
AHI : Accompagnement hébergement insertion
ALUR : (loi pour l') Accès au logement et un urbanisme rénové
AME : Aide médicale d'État
AMP : Aide médico-psychologique
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASH : Agent de service hospitalier
ASLL : Accompagnement social lié au logement
ASS : Assistant de service social
ATD : Aide à toute détresse (devenu Agir tous pour la dignité)
ATSEM : Agent territorial spécialisé des écoles maternelles
AVC : Accident vasculaire cérébral
AVDL : Accompagnement vers et dans le logement
BEP : Brevet d'études professionnelles
BTS : Brevet de technicien supérieur
CA : Conseil d'administration
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CAF : Caisse d'allocations familiales
CCAS : Centre communal d'action sociale
CDD : Contrat de travail à durée déterminée
CDI : Contrat de travail à durée indéterminée
CES : Contrat emploi-solidarité
CESF : Conseiller en économie sociale et familiale
CHAPSA : Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (Nanterre)
CHN : Charité hospitalière de nuit (sigle fictif)
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre d'hébergement d'urgence
CHU : Centre hospitalier universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
CMR : Chambre à mobilité réduite
CMS : Centre médico-social
CMU : Couverture maladie universelle

CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CV : Curriculum vitae
DALO : (Loi) Droit au logement opposable
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale
DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
DEES : Diplôme d'État d'éducateur spécialisé
DEFA : Diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation
DEIS : Diplôme d'État d'ingénierie sociale
DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées
DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM : Diagnostic and statistical manual
DU : Diplôme universitaire
DUT : Diplôme universitaire et technologique
EHESS : École des hautes études en sciences sociales
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJE : Éducateur de jeunes enfants
EMPP : Équipe mobile psychiatrie-précarité
EPIDE : Établissement pour l'insertion dans l'emploi
ES : Éducateur spécialisé
ESR : Enseignement supérieur et la recherche
ETP : Équivalent temps plein
ETS : Éducateur technique spécialisé
FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale
FNDSA : Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (Lyon)
FPV : Foyer du père Virgile (sigle fictif)
GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GPE : Gastrostomie percutanée endoscopique
HU : Hébergement d'urgence
HPST : (Loi) Hôpital, patients, santé, territoires
IAE : Insertion par l'activité économique
IDE : Infirmière diplômée d'État
INED : Institut national d'études démographiques
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
JOC : Jeunesse ouvrière chrétienne
LAM : Lit d'accueil médicalisé
LHSS : Lit halte soins santé
MAS : Maison d'accueil spécialisé
ME : Moniteur-éducateur
MECS : Maison d'enfants à caractère social
MEEF : Master de l'enseignement, de l'éducation et de la formation
ND : Non-diplômé (du travail social)

ONG : Organisation non gouvernementale
ORL : Oto-rhino-laryngologiste
OQTF : Obligation de quitter le territoire français
ORSPERE : Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion
PARSA : Plan d'action renforcé en direction des personnes sans-abri
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PCH : Prestation de compensation du handicap
PDALHPD : Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PLS : Position latérale de sécurité
PMI : Protection maternelle infantile
QI : Quotient intellectuel
RDR : Réduction des risques
REMEDE : Relais médical aux délaissés
RMI : Revenu minimum d'insertion
RPA : Résidence privée pour ainés
RSA : Revenu de solidarité active
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDF : Sans domicile fixe
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SRAS : Structure de reconquête de l'autonomie sociale (sigle fictif)
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et réadaptation
UDAS : Unité départementale d'action sociale
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VSL : Véhicule sanitaire léger

Introduction générale

Nous sommes le 19 novembre 2018, c'est la première fois que je retourne sur le terrain depuis que j'ai obtenu mon financement de thèse, quelques mois auparavant. Ce matin, j'ai rendez-vous avec Christophe¹, travailleur social, avec lequel j'ai déjà mené un entretien durant mon master². Nous avons rendez-vous au foyer du père Virgile, le centre d'hébergement d'urgence (CHU) de l'association Envol. Tandis que j'entre dans l'établissement, un bâtiment sur plusieurs étages accueillant chaque soir plus de 100 hommes, Christophe vient à ma rencontre et m'annonce une matinée chargée, commençant par l'accompagnement d'un hébergé de Virgile, Patrick, pour un rendez-vous à l'hôpital. Il part le chercher et je reste quelques instants dans le hall du foyer. Un petit groupe d'hommes, dont je présume qu'il s'agit d'hébergés, discutent ensemble au sujet des Gilets Jaunes. Je leur serre la main et me présente rapidement.

Christophe revient avec Patrick. Ce dernier semble avoir une cinquantaine d'années, porte un blouson en cuir, une boucle d'oreille et se déplace avec une canne. Nous partons alors à pied, Patrick, Christophe et moi, en direction de l'hôpital. Patrick est lent, il a du mal à marcher, d'autant que le sol est glissant à cause du givre. Il n'est pas possible de nous déposer à l'hôpital en voiture, car les professionnels sont en sous-effectif ce matin-là et il est trop compliqué de s'y garer. Je n'ai pas eu l'occasion de me présenter à Patrick jusqu'alors, je vais donc vers lui et lui explique l'objet de ma présence : « *je suis étudiante, je travaille sur la santé* ». Patrick semble avoir des difficultés à me comprendre et ne me répond pas. Christophe me dit alors qu'il est malentendant.

Le rendez-vous a lieu dans le service de gastro-entérologie. Christophe et moi restons dans la salle d'attente le temps de l'examen. Nous en profitons pour discuter de ma thèse et je lui explique m'être rendue à une commission d'admission en pension de famille³ il y a quelques jours, ce à quoi il réagit : « *De toute façon, on ne fait que des pensions de famille et du diffus⁴, ça coûte beaucoup moins cher* ».

¹ Afin de préserver l'anonymat des personnes, les prénoms figurant dans la thèse ont été modifiés. Il en va de même pour les noms des établissements cités. Plus de détails seront apportés au chapitre 1.

² Mon mémoire de master portait sensiblement sur le même sujet, et a été réalisé en faisant l'ethnographie d'un CHRS : Bussi Chloé, 2019, « Le social à l'épreuve de la sanitarisation. Monographie d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale », *Dossier d'étude de la Cnaf*, n°204.

³ Les pensions de famille, parfois aussi appelées « Maison Relais », sont un type de résidence sociale faisant partie des dispositifs d'hébergement / logement de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Il s'agit d'un « établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile l'accès à un logement ordinaire. La structure, de taille réduite, propose des logements individuels (25 en moyenne par structure). Elle combine des espaces collectifs et des espaces privatifs qui permettent aux personnes logées d'être chez elles sans être isolées ». En ligne : <https://www.gouvernement.fr/pensions-de-famille-un-guide-pour-accompagner-et-faciliter-les-projets>. Consulté le 15 janvier 2023.

⁴ Les CHRS « diffus » sont des dispositifs d'hébergement et d'accompagnement en logement individuel. Ils se distinguent des CHRS collectifs, dans lesquels les personnes sont hébergées dans un même établissement, en ne disposant généralement que d'une chambre, sans kitchenette ni salle d'eau. On parle parfois aussi d'« hébergement regroupé », quand l'hébergement est réalisé dans un même établissement et d'hébergement « dispersé ou éclaté » lorsqu'ils sont répartis en appartements individuels (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008, p. 59).

Sur le chemin du retour, je m'aperçois que Patrick a finalement compris que je m'intéresse à la santé. Nous passons devant un squat sous la fenêtre d'une maison de ville et Patrick m'interpelle pour me dire qu'il a déjà dormi dehors, mais que lui dormait dans des « *endroits propres* », comme des parkings ou devant des banques, et que là ça doit être « *un vrai nid à microbes* ».

Comme nous avons un autre rendez-vous, Christophe informe Patrick que nous allons regagner au plus vite l'établissement et le laisser remonter à son rythme à Virgile. Tout en avançant au pas de course, Christophe m'en dit plus sur Patrick : il a fait une grosse chute plusieurs mois auparavant, ce qui lui a valu d'être dans le coma et de devenir quasiment sourd. Ces derniers temps, Patrick va mieux, mais cette amélioration reste fragile. Il est en hébergement stabilisé¹ au foyer du père Virgile (FPV) et peut y rester la journée, à la différence de la majorité des accueillis qui doivent quitter les lieux à dix heures. Il y est hébergé depuis plusieurs mois, bien qu'il s'agisse théoriquement d'un établissement destiné à l'accueil d'urgence. Il a déjà été accueilli dans de nombreux centres d'hébergement de la ville, mais n'y est jamais resté très longtemps. « *Il a ses habitudes à Virgile* » me dit Christophe, qu'il fréquente par intermittence depuis plus de dix ans. Selon lui, l'accompagnement de Patrick est loin d'être évident. Il me confie avoir « *tout tenté* » avec Patrick et estime qu'il n'y a aucune piste de réinsertion à travailler, que ce soit vers un autre centre d'hébergement, un logement ou vers l'emploi. Faute de mieux, Christophe me dit qu'il va l'accompagner pour qu'il accède à des appareils auditifs et qu'il reprenne rendez-vous avec un psychologue.

Avant d'arriver à Virgile, Christophe aborde la santé de manière plus générale. Selon lui, on ne pense pas toujours la santé pour le bien des personnes accueillies : il me dit que sous cette question bienveillante du soin, il y a des enjeux de pouvoirs, « *des gens qui se tirent la couverture* ». Il m'explique qu'actuellement, l'association Envol essaie d'obtenir le projet des Lits d'accueil médicalisés (LAM)² auprès de l'agence régionale de santé (ARS). La présentation du projet a lieu le lendemain, mais ce n'est pas gagné d'avance pour Envol, car il y a un concurrent sur ce projet : une association puissante, « *qui mange les autres* ». L'enjeu est toutefois de taille pour la santé financière d'Envol. Dernièrement, le poste de Christophe a perdu ses sources de financement de la part du département. Pour la survie financière de l'association, et notamment la pérennité de son poste, il est impératif que l'association remporte ce projet : « *si on l'a pas, on meurt* », conclut-il.

*

* *

¹ « Être stabilisé » signifie que la personne est hébergée chaque soir, bien qu'elle soit dans le circuit de l'hébergement d'urgence.

² Selon le décret n°2016-12 du 11 janvier 2016, les LAM sont des structures qui « accueillent temporairement 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 ».

Entre concurrence et insuffisances : les centres d'hébergement déstabilisés

Les centres d'hébergement, destinés à héberger et accompagner des personnes en situation de grande précarité, sont traversés par des tensions importantes. L'État, principal financeur de ces établissements, a largement augmenté les crédits alloués à l'hébergement social ces dernières années¹. Pour autant, la situation demeure particulièrement tendue pour les acteurs associatifs, confrontés dans le même temps à une augmentation spectaculaire des situations de pauvreté. Pour les associations, la hausse des crédits est nettement inférieure à la hausse des besoins². Ce sont aussi les modalités de subventionnement de ces associations qui évoluent et qui fragilisent ce secteur, passant de financements pérennes à des financements plus incertains, sur projets, comme c'est le cas pour Envol avec les Lits d'accueil médicalisés (Hély, 2009 ; Cottin-Marx, 2019). En outre, certaines modalités d'hébergement s'avèrent marquées par des coupes budgétaires plus importantes, comme les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), qui voient tendanciellement leurs financements baisser (Besozzi, 2020 ; Viguier, 2020) au profit d'autres modalités d'accueil comme les places en hôtel social³ (Besozzi, 2020 ; Hennin, Estecahandy, 2022).

Au-delà des enjeux financiers, le monde de la prise en charge du sans-abrisme est marqué par le développement de nouvelles modalités d'accompagnement. Christophe l'évoque, « *on ne fait que des pensions de famille et du diffus* ». Les pensions de famille et l'hébergement en CHRS diffus ont en commun de loger les personnes dans des appartements individuels, à rebours de la tradition d'accueil des sans-abri dans des centres d'hébergement collectif. Les établissements collectifs traditionnels comme les Centres d'hébergement d'urgence (CHU) et les CHRS sont aujourd'hui considérés comme coûteux et peu efficaces sur le plan de la réinsertion⁴. Ils sont en outre critiqués pour proposer des conditions d'accueil qui peuvent être dégradantes et inadaptées aux besoins réels des personnes sans-abri, ne permettant que rarement l'hébergement des couples, des familles, ainsi que des personnes avec des animaux par

¹ Les dépenses du programme 117 « hébergement, insertion » sont passées de 440 à 2050 millions d'euros entre 1999 et 2019 (Damon, 2021).

² Fédération des acteurs de la solidarité, 25 octobre 2022, en ligne : <https://www.federationsolidarite.org/actualites/plf-2022-analyse-des-credits-du-programme-budgetaire-177-hebergement-parcours-vers-le-logement-et-insertion-des-personnes-vulnerables/>. Consulté le 20 février 2023.

³ L'hébergement en hôtel social a progressé de 265% entre 2010 et 2019 selon le projet de loi de finances pour 2023 : Cohésion des territoires – Hébergement parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables, en ligne : http://www.senat.fr/rap/a22-118-2/a22-118-2_mono.html. Consulté le 20 février 2023.

⁴ Sénat, financement de l'hébergement d'urgence, 2020, en ligne : <https://www.senat.fr/questions/base/2020/qSEQ200113788.html>. Consulté le 19 février 2023.

exemple. Faisant l'objet de critiques nombreuses, il est fréquemment pointé par les médias que les personnes à la rue refuseraient de se rendre dans ces centres d'hébergement collectif aux règles strictes, à la forte promiscuité et à l'hygiène douteuse¹.

La légitimité du monde traditionnel de l'hébergement social est ainsi remise en question et se voit concurrencée par de nouvelles modalités de prise en charge, davantage tournées vers le logement. Plus que de nouveaux dispositifs, c'est un véritable changement de paradigme qui se joue avec le développement du Logement d'abord. Jusqu'alors, l'hébergement social était pensé sur un modèle « en escalier » (Gardella, 2014a, p. 44), la personne devant franchir des étapes avant de pouvoir accéder au logement. Dans cette vision d'un parcours idéal typique, l'accès au logement individuel est conditionné au franchissement de paliers successifs que sont le passage de la rue à un CHU, puis un CHR, puis un logement accompagné (Gardella, 2014a). Le modèle du Logement d'abord renverse ce schéma, en préconisant d'accueillir *d'abord* les sans-abri dans un logement individuel, ce prérequis du logement permettant *ensuite* d'amorcer des démarches d'accompagnement, vers l'emploi ou le soin notamment (Hurtubise, Laval, 2016 ; Besozzi, 2020). Pour les pouvoirs publics : « il s'agit de passer d'une réponse construite dans l'urgence, s'appuyant majoritairement sur des places d'hébergement avec des parcours souvent longs et coûteux, à un accès le plus rapide possible au logement avec un accompagnement social adapté aux besoins² ». Le changement est donc notable et s'inscrit dans une opposition explicite au modèle de l'hébergement social tel qu'il a été pensé depuis les années 1950.

La politique du *Housing First*, initiée en Amérique du Nord dans les années 1980 et développée dans les années 1990³, a été importée en 2007 en France par le psychiatre Vincent Girard (Estecahandy, 2019). Travaillant à Médecins du Monde, il découvre à l'occasion d'un séjour à New York la médecine communautaire et le renversement du modèle par paliers dans l'accès au logement des sans-abri présentant des troubles mentaux. Le premier essai commence

¹ *Le Figaro*, 15/02/2021, « Partir, c'est perdre ce qui leur reste » : pourquoi des sans-abri refusent les offres d'hébergement », en ligne : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/partir-c-est-perdre-ce-qui-leur-reste-pourquoi-des-sans-abri-refusent-les-offres-d-hebergement-20210215>. Consulté le 19 février 2023. *Le Parisien*, 2/01/2009, « Pourquoi certains SDF refusent d'y aller », en ligne : <https://www.leparisien.fr/societe/pourquoi-certains-sdf-refusent-d-y-aller-03-01-2009-360627.php>. Consulté le 19 février 2023.

² Sénat, financement de l'hébergement d'urgence, 2020, en ligne : <https://www.senat.fr/questions/base/2020/qSEQ200113788.html>. Consulté le 19 février 2023.

³ Le *Housing First* a été pensé à partir des années 1980 aux États-Unis comme un contre-modèle à l'hébergement par étapes des personnes souffrant de troubles mentaux. Au tournant des années 1990, le *Housing First* passe d'un modèle alternatif à un programme à succès. Le médecin Sam Tsemberis fonde en 1992 à New York le « *Pathways to Housing* » dont la réussite vaudra sa diffusion au Canada puis en Europe, notamment en Finlande et au Danemark (Estecahandy, 2019).

sous son impulsion, à Marseille, entre 2007 et 2008. Suite à un rapport qu'il remet en janvier 2010 à la demande de la ministre de la Santé, une phase d'expérimentation scientifique randomisée a lieu entre 2011 et 2016 à Marseille, Lille, Toulouse, et Paris (Hennin, Estecahandy, 2022). Ce programme, traduit comme « Un Chez-soi d'abord », devient alors progressivement un dispositif de l'action publique.

En France, l'application stricte du *Housing First* reste toutefois relativement théorique jusqu'au milieu des années 2010 (Choppin, Gardella, 2013). En réalité, le Logement d'abord ne se réduit pas à l'importation de ce programme anglo-saxon, mais procède également d'un mouvement propre à la France (Gardella, 2023). En effet, ce programme spécifique s'inscrit dans un mouvement plus large plaçant progressivement l'accès au logement comme une priorité des politiques publiques. Cela se manifeste notamment par la loi DALO (Droit au logement opposable) du 5 mars 2007, qui fait suite au mouvement des Enfants de Don Quichotte revendiquant des solutions plus dignes et pérennes pour les personnes en situation de grande précarité. S'est également ensuivi le déploiement considérable des pensions de famille à partir de 2009 (Hennin, Estecahandy, 2022). Cette orientation généralisée vers le logement qui est formulée politiquement ne constitue pas, au début des années 2010, une application du modèle du Logement d'abord. Les pensions de famille notamment conditionnent l'accès au logement selon que les personnes sont estimées aptes ou non à y vivre. Or, le Logement d'abord invalide radicalement ce critère de l'aptitude. Le Chez-soi d'abord est même précisément pensé pour les sans-abri supposés être les plus éloignés du logement, considérant que les capacités des personnes à vivre en logement ont jusqu'alors été largement sous-estimées (Gesmond, Laval, Estecahandy, 2016 ; Besozzi, 2020). Aussi, le Logement d'abord fonde une grande partie de son approche sur l'absence de condition à l'accès au logement, n'imposant ni l'arrêt des consommations ni la mise en place d'un suivi médical, l'« engagement libre » étant pensé comme le mode d'adhésion le plus bénéfique (Estecahandy, 2019, p. 515).

C'est en 2017 que le *Housing First* devient une politique publique d'ampleur, avec le lancement d'un premier plan national pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022)¹, devenant alors le « nouveau modèle dominant de l'assistance dans les pays occidentaux » (Choppin, Gardella, 2013, p. 196). Le Logement d'abord est pensé comme un programme permettant de proposer des réponses plus qualitatives et adaptées aux besoins

¹ Un deuxième plan quinquennal pour le Logement d'abord (2023 – 2027) a été lancé le mardi 20 juin 2023. En ligne : <https://www.gouvernement.fr/lancement-du-deuxieme-plan-quinquennal-pour-le-logement-d-abord-2023-2027-agir-prevenir-construire>. Consulté le 6 juillet 2023.

des personnes à la rue, étant entendu que le logement constitue une norme sociale intégratrice dont l'absence constitue un discrédit social majeur (Bresson, 1997). Le programme « Un Chez soi d'abord » permet donc à des personnes sans-abri et présentant des troubles psychiques d'accéder à un logement stable et de bénéficier d'un accompagnement médico-social au quotidien¹. Cette politique se veut plus humaine, et s'inscrit dans le prolongement d'un long mouvement de désinstitutionnalisation et de critiques des institutions totales et disciplinaires, auxquelles ont parfois pu être rapprochés les centres d'hébergement collectif (Goffman, 1968 [1961] ; Foucault, 1975). Pour ces raisons, le Logement d'abord avait toutes les chances de devenir le modèle politique dominant dans la prise en charge du sans-abrisme.

De surcroît, ce changement de paradigme est pensé comme le moyen le plus efficace pour répondre au défi actuel majeur de l'hébergement social : celui de la saturation de ses dispositifs. Les acteurs associatifs dénoncent en effet une embolie de l'urgence sociale, principalement due à l'augmentation du nombre de personnes en situation de grande précarité. Loin d'atteindre l'objectif « zéro sans domicile fixe (SDF) » formulé par Emmanuel Macron en juillet 2017, la Fondation Abbé Pierre estime que le nombre de personnes sans domicile a doublé depuis 2012, passant de 143 000 à 330 000², avec une augmentation du nombre d'enfants, de femmes, ainsi que des demandeurs d'asile. En Île-de-France, le Secours catholique pointe que seule une personne sur quatre parvient à joindre le 115 pour obtenir une nuitée d'hébergement³. Dramatique à Paris, la situation n'est pas beaucoup plus clémente sur le reste du territoire français. Dans son dernier rapport sur le mal-logement, la Fondation Abbé Pierre dénonce que la nuit du 5 décembre 2022 « 5 000 personnes ayant joint le 115 au niveau national, sont restées sans solution d'hébergement parmi lesquelles 1 346 enfants⁴ ». Localement, le rapport d'activité de 2018 d'Envol – association que j'étudie dans la thèse – annonce que les hommes doivent patienter en moyenne dix jours sans hébergement avant d'obtenir une nuitée d'accueil. Pour les femmes, l'attente moyenne monte à vingt jours. Outre l'urgence sociale, ce sont aussi les modalités d'hébergement plus durables comme les CHRS qui sont saturées.

¹ L'accompagnement peut prendre la forme d'un rendez-vous hebdomadaire avec un travailleur social et un infirmier par exemple. Des professionnels de la gestion locative sont également présents.

² Fondation Abbé Pierre, 2023, « l'état du mal-logement en France », n°28. En ligne : <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/28e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2023>. Consulté le 16 janvier 2023. La prochaine enquête publique est en cours, et sera sans doute publiée à l'horizon 2025 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

³ Secours catholique : « hébergement d'urgence : comment résoudre la crise ? Sans abri et mal logés ». Disponible en ligne : <https://www.secours-catholique.org/m-informer/enquetes/hebergement-durgence-comment-resoudre-la-crise>. Consulté le 23 janvier 2023.

⁴ Fondation Abbé Pierre, *op. cit.*, p. 14.

Malgré l'augmentation du nombre de places en CHRS sur le plan national¹, des besoins nettement supérieurs subsistent. Au niveau local, l'accès à un hébergement en CHRS peut se compter en années, notamment pour les femmes, les familles et les personnes non régularisées. Ces années d'attentes sont alors marquées par la mobilité, la précarité et l'incertitude de l'habitat, les personnes étant cantonnées au circuit de l'urgence sociale.

Si les acteurs associatifs dénoncent le manque de volonté politique face à la problématique du mal-logement et de la grande précarité, les pouvoirs publics entendent répondre à ce défi par une « réforme structurelle » (Besozzi, 2020, p. 128) de la politique d'hébergement *via* le Logement d'abord. En renversant l'ordre de l'accès au logement, l'objectif est de fluidifier l'hébergement social. Pour les pouvoirs publics, la saturation des dispositifs n'est pas seulement due à l'augmentation du nombre de personnes à la rue, mais résulte également de parcours trop longs d'installation des sans-abri dans les circuits de l'assistance. La durée moyenne d'hébergement en CHRS et en CHU est estimée à plus de 24 mois². Le renversement du modèle en escalier ambitionne alors de lutter contre l'entretien de l'assistanat.

Dans ce contexte, le monde traditionnel de l'hébergement social se trouve bouleversé, marqué d'un côté par l'insuffisance de ses moyens et de l'autre par la concurrence du Logement d'abord. Les salariés associatifs rencontrés, comme Christophe, se montrent sceptiques face à cette évolution vers le logement, considérant qu'il s'agit avant tout de solutions moins coûteuses, ayant comme revers de négliger l'accompagnement social et le travail quotidien de proximité mené par les professionnels dans les établissements collectifs.

Dès lors, il s'agit de se demander comment les acteurs traditionnels de l'hébergement social font-ils face à ces fortes remises en question ? Le récit de cette première matinée avec Christophe laisse entrevoir que l'enjeu de la santé n'est pas indifférent face à ces tensions. Le développement d'un projet à la frontière du sanitaire, les LAM, constitue une stratégie de survie financière pour l'association, permettant à Envol de tenir pour ne pas « mourir », selon les propos tenus par Christophe. Au-delà de cette orientation associative, ce sont les pratiques d'accompagnement des travailleurs sociaux qui s'avèrent empreintes de ce registre de la santé.

¹ DREES, 2019, « Hébergement des personnes en difficulté sociale : 140 000 places fin 2016, en forte hausse par rapport à 2012 », *Études et résultats*, n°1102.

² Projet de loi de finances pour 2023 : Cohésion des territoires – Hébergement parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables, en ligne : http://www.senat.fr/rap/a22-118-2/a22-118-2_mono.html. Consulté le 20 février 2023.

Loin d'être accompagné vers l'emploi ou le logement, Patrick est orienté vers différents soins, notamment auditifs et psychologiques. N'étant pas propre aux seules pratiques de Christophe, le registre de la santé occupe une place importante dans les accompagnements des hébergés, qui de prime abord m'a paru étonnante dans ce monde de l'intervention sociale. Cela paraît d'autant plus surprenant que l'on pourrait s'attendre à ce que les professionnels investissent les schémas classiques de l'insertion, dans la mesure où ils sont concurrencés sur le plan de la santé par le Chez-soi d'abord, programme dans lequel la présence de soignants est plus importante. Alors même qu'ils sont déjà fragilisés quant à leur légitimité, pourquoi les professionnels de ces centres d'hébergement collectif s'éloignent-ils *a priori* de leur mandat principal d'insertion en investissant ce registre sanitaire ? Le prisme de la santé, qui constitue la focale de ce travail, permet ainsi de saisir un univers en tension. C'est donc dans ce contexte que se profile le double questionnement de cette recherche : comment peut-on expliquer cette prégnance du registre sanitaire et qu'est-ce que cela implique, pour les hébergés comme pour les professionnels ?

Sans-abrisme et santé : au prolongement d'une littérature foisonnante

L'enjeu de la santé constitue un angle important des études concernant le sans-abrisme. S'agissant d'une population éprouvant une plus mauvaise santé que la population générale, tant au niveau psychique que somatique, la question de l'origine de ces affections a souvent été interrogée : est-ce la pauvreté qui rend malade, ou l'inverse ? Problématisant une question ancienne des sciences humaines entre le caractère inné ou acquis des troubles, elle a suscité une grande émulation scientifique.

C'est depuis la fin des années 1980 qu'un nombre important de travaux en sciences sociales abordent la question du sans-abrisme (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008 ; Choppin, Gardella, 2013). Tandis que les inégalités s'accroissent à la fin des Trente Glorieuses, la pauvreté réapparaît comme une question de société dont s'emparent les médias comme les sociologues (Pichon, 2001). Avant cette période, la grande pauvreté n'a que peu été étudiée par les sciences sociales, à l'exception du travail pionnier du psychosociologue Alexandre Vexliard. Ce dernier soutient sa thèse en 1955 et publie un ouvrage de référence, *Le clochard*, en 1957 (Vexliard, 1988 [1957]). Alexandre Vexliard va remettre en cause les analyses pathologisantes qui dominaient sur le sujet, en rompant avec les thèses cliniques affirmant que les clochards auraient des troubles psychiques particuliers les conduisant à ces situations

d'errance et de mendicité¹ (Gardella, 2014a). Posant des jalons sociologiques importants sur le sans-abrisme, Alexandre Vexliard va insister sur l'origine sociale et non psychique du phénomène, ainsi que sur sa dimension processuelle et réversible.

L'étude scientifique du sans-abrisme oscille historiquement entre les sciences médicales et les sciences sociales. Au début des années 1980, les recherches menées sur les sans-abri sont ainsi majoritairement réalisées par des médecins (Choppin, Gardella, 2013). À mesure que la « question SDF » se voit mise à l'agenda au tournant des années 1980 et 1990 (Damon, 2012 [2002]), les sciences sociales vont en venir à appréhender ce problème social comme un objet sociologique pertinent. Dans un contexte politique et académique dynamique autour de la grande pauvreté – notamment marqué par la parution de *La misère du monde* en 1993, dirigée par Pierre Bourdieu (1993), et par la création du Samusocial de Paris la même année – se constitue progressivement un champ de recherche foisonnant.

Celui-ci est toutefois loin d'être unifié. Il est traversé par des paradigmes sociologiques et des méthodes d'enquêtes variées. Certaines analyses proposent une lecture en termes de domination sociale, comme Corinne Lanzarini (2000), tandis que d'autres adoptent une perspective interactionniste, comme Pascale Pichon notamment (Pichon, 1995, 1996, 2010). À ces paradigmes divergents se conjuguent deux grandes méthodes d'enquêtes marquant le rapport des sciences sociales au sans-abrisme : l'ethnographie et les statistiques. En France, des observations sur cette population sont lancées en 1991, soutenues par le programme de recherche du Plan urbain (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008). En parallèle, les statistiques se déploient considérablement durant les années 1990, avec le souci croissant d'adosser à la compréhension du sans-abrisme un cadrage chiffré. La première enquête statistique sera alors menée à l'Institut national d'études démographiques (INED) par Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion en 1995, sur la population sans-domicile de Paris intra-muros. Leur méthodologie sera ensuite reprise pour la première enquête statistique nationale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), coordonnée par Cécile Brousse en 2001 (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008).

Très rapidement, la méthodologie d'échantillonnage élaborée par Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion est mobilisée pour produire des statistiques complémentaires, en l'occurrence sur l'état de santé de cette population. Viviane Kovess et Caroline Mangin-Lazarus réalisent dès 1996 une enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins des sans-domicile,

¹ Plus de détails seront apportés dans le chapitre 2.

concluant à une plus grande prévalence de troubles mentaux parmi cette population que la population générale, tout en soulignant que la maladie mentale ne concerne pas tous les sans-domicile (Kovess, Mangin-Lazarus, 1999). À nouveau, l'enjeu de la santé des sans-abri se révèle être un prisme d'investigation majeur des recherches sur cette population.

L'approche qualitative et quantitative d'Isabelle Parizot sur les centres de soins gratuits fondera un travail sociologique pionnier sur ce sujet. En 2003 est publié l'ouvrage *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, issu de son travail de thèse dirigé par Serge Paugam (Parizot, 2003). La sociologue établit une typologie de la fréquentation des centres de soins gratuits en distinguant des univers symboliques différents, entre lesquels oscillent les exclus : l'univers symbolique médical, représentant le monde hospitalier et l'univers symbolique humaniste, correspondant aux dispositifs de soins propres au monde de l'assistance (Parizot, 2003). La réflexion qu'elle amorce sur l'articulation des modalités de prises en charge des sans-abri à la croisée du médical et de l'assistance ouvrira la voie à de nombreux travaux, une littérature dans laquelle s'insère également mon travail de thèse (Marques, 2010 ; Geeraert, 2017 ; Coulomb, 2018 ; Schlegel, 2019 ; Uribelarrea, 2020).

Parce qu'il va de soi que vivre à la rue ou dans des centres d'hébergement est particulièrement éprouvant, tant psychologiquement que corporellement, la thématique de l'atteinte corporelle et psychologique des sans-abri fait donc l'objet de nombreux travaux. Néanmoins, ce sujet est aussi source de controverses scientifiques, particulièrement en ce qui concerne les analyses de Patrick Declerck. Son ouvrage *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, publié en 2001, crée l'engouement du grand public tout en suscitant de forts désaccords académiques (Declerck, 2001). Patrick Declerck propose en effet une analyse psychanalytique de la clochardisation, entendue comme un abandon de soi pathologique et irréversible. Les clochards sont selon lui des malades mentaux, porteurs d'un syndrome particulier : celui de la désocialisation. De nombreux sociologues ont alors émis des critiques sur cette analyse, rappelant notamment combien le sans-abrisme est lié à des processus sociaux, tout en contredisant l'essentialisation d'un lien entre le sans-abrisme et la maladie mentale (Murard, 2001 ; Bresson, 2003 ; Gardella, 2003 ; Soutrenon, 2005). Cette controverse prolonge ainsi une réflexion historique autour de ce qu'il en est des causes de la mauvaise santé des sans-abri.

L'enjeu des atteintes corporelles et psychologiques des sans-abri n'est toutefois pas le seul prisme d'analyse qui existe au sujet de cette population. La question urbaine constitue également un angle d'analyse privilégié, en héritage de la tradition sociologique de Chicago (Pichon, 2010 [2007] ; Chapoulie, 2018 [2001] ; Besozzi, 2019). Outre la sociologie de la santé

et la sociologie urbaine, les domaines abordant le sans-abrisme sont plus nombreux encore, concernant par exemple la sociologie de la mobilité sociale, des groupes professionnels, du monde associatif ou encore du genre. L'étude du sans-abrisme relève donc de paradigmes et de thématiques variés. Selon les approches, les chercheurs parlent alors d'exclus, de clochards, de sans-domicile, de sous-prolétaires, ou encore d'itinérants¹. Ces multiples dénominations, si elles sont heuristiques pour saisir les reformulations de ce problème public dans l'espace et dans l'histoire (Lévy, 2021), sont problématiques pour les chercheurs en sciences sociales qui cherchent à décrire ces processus complexes (Gardella, 2014a ; Pichon, Girola, Jouve, 2016). De qui parle-t-on ? Comment circonscrire cette population plurielle et mouvante ? S'il peut sembler évident que le dénominateur commun soit celui de la vie à la rue, s'en tenir à ce critère éloigne en réalité un nombre important de personnes confrontées à des formes diverses d'habitat précaire, vivant par exemple en squat, chez des proches, ou encore en centres d'hébergement. Pour cela, Katia Choppin et Édouard Gardella proposent de parler de sans-abrisme – en reprenant le néologisme anglais *homelessness* – avec l'optique de constituer un champ de recherche unifié, ayant en commun de questionner les enjeux pluriels de la précarité de l'habitat (Choppin, Gardella, 2013).

Cette définition s'inscrit en rupture avec les définitions que donne l'action publique. L'Insee qualifie les personnes sans-abri comme des personnes « demeurant à la rue ou autre lieu non prévu pour l'habitation », tandis que les « personnes hébergées » regroupent les personnes accueillies dans des établissements prévus à cet effet ou des hôtels. Ces deux terminologies se regroupent dans la catégorie plus large des personnes sans-domicile (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008). Ce classement rend toutefois mal compte des circulations entre ces situations, qui empiriquement s'avèrent très souvent osciller entre des moments d'hébergement et de non-hébergement, comme on a déjà pu le voir avec Patrick plus haut. En outre, cette distinction ne témoigne pas assez du caractère commun de ces situations (Uribelarrea, 2020), qui se rassemblent autour de la précarité de l'habitat. Comme l'indique Édouard Gardella, « le sans-abrisme pointe la vulnérabilité de l'habiter et des possibilités offertes à tout individu de jouir *durablement* d'un chez-soi » (Gardella, 2014a, p. 27). Même hébergées, les personnes demeurent alors « sans-abri » au sens où elles restent précisément marquées par des formes importantes de vulnérabilités liées à l'habiter. La situation d'hébergement présente en effet un

¹ Ce sont principalement les travaux canadiens qui abordent cette question à l'angle de l'itinérance, comme ceux de Danielle Laberge et de Shirley Roy (Laberge, Roy, 1994) ou encore de Céline Bellot (2000) et de Dahlia Namian (2011).

caractère temporaire contraint, par l'attente, la mobilité, ainsi que bien souvent, par la précarité des conditions matérielles d'hébergement proposées (Pichon, 2002 ; Gardella, 2014a). En ce sens, le sans-abrisme ne correspond pas à une condition figée, renvoyant à l'image de la vie sans toit. Il s'agit plutôt de le considérer comme une situation processuelle conduisant « des individus à devoir vivre, pour une durée variable, entre les espaces publics et les dispositifs d'assistance » (Choppin, Gardella, 2013, p. 18). Au final, la problématique qui est pointée n'est pas tant celle de l'absence de logement et d'hébergement en soi, mais plutôt celle de la continuité de l'habiter vulnérable (Gardella, 2014a).

Le sans-abrisme, en tant que domaine de recherche, regroupe une grande diversité de travaux. Dans la recension bibliographique qu'ils réalisent, Édouard Gardella et Katia Choppin identifient quatre grandes approches, tout en concédant la labilité de celles-ci (Choppin, Gardella, 2013). La première correspond à des travaux visant à délimiter, nommer et quantifier cette population dont les frontières sont particulièrement poreuses, la deuxième renvoie à un ensemble de travaux analysant le sans-abrisme en tant que problème public. La troisième prend ensuite le prisme des vécus et expériences des sans-abri, et enfin une dernière piste d'analyse prend l'angle des dispositifs de prise en charge de cette population (Choppin, Gardella, 2013).

L'analyse du sans-abrisme en tant que problème public a notamment été traitée par Julien Damon, analysant la mise à l'agenda de la « question SDF » et le ciblage de plus en plus spécifique de l'action publique en direction de cette population (Damon, 2012 [2002]). Édouard Gardella analyse quant à lui la construction de l'urgence sociale comme un problème public spécifique à partir des années 1980, dont le traitement s'élabore sur le modèle de l'urgence médicale (Gardella, 2014a). D'autre part, l'approche par les vécus des sans-abri regroupe une variété de travaux aux paradigmes distincts (Gaboriau, 1993 ; Lanzarini, 2000 ; Pichon, 1995, 2010 [2007] ; Bruneteaux, 2004, 2016). Ces derniers ont toutefois pour caractéristique commune de souligner la diversité des situations que recouvre le sans-abrisme, à distance des images de coupables ou de victimes qui peuvent leur être attribuées. Partant du point de vue des sans-abri eux-mêmes, ces travaux véhiculent souvent une vision assez critique des dispositifs qui les prennent en charge. Cependant, les travaux empiriques analysant concrètement les dispositifs de prise en charge sont assez peu nombreux.

Plus précisément, les dispositifs traditionnels d'hébergement social sont rarement étudiés, au profit d'études plus systématiques des dispositifs dits innovants ou récents de l'action sociale. Gabriel Uribelarrea a ainsi porté une grande attention dans sa thèse aux Lits halte soins santé (LHSS), Jérémy Geeraert s'est focalisé sur les Permanences d'accès aux soins

de santé (PASS), et Ana Marques sur les Équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP) (Marques, 2010 ; Geeraert, 2017 ; Uribelarrea, 2020). Ces travaux sont éclairants sur les relations d'aide, et en particulier sur les relations de soins au sein de ces dispositifs spécifiques, à la frontière du social et du sanitaire. Toutefois, les travaux qui documentent de manière contemporaine comment s'opère le traitement institutionnel du sans-abrisme dans les lieux ordinaires de l'hébergement social sont assez rares. Les perspectives soulevées par David Grand et Vianney Schlegel sur les centres d'hébergement soulignent l'intérêt de prolonger l'analyse sur ces établissements collectifs (Grand, 2013 ; Schlegel, 2019), qui accueillent une part importante des sans-abri¹.

Je vais donc étudier différents centres d'hébergement d'urgence, d'insertion et de stabilisation². Pour les analyser, il ne s'agit pas de s'en tenir à une vision critique surplombante, mais plutôt de prendre au sérieux le « souci de bien faire » des professionnels qui y travaillent, sans pour autant tomber dans une vision naïve des asymétries corollaires de la relation d'aide (Choppin, Gardella, 2013, p. 207). En m'inscrivant dans une sociologie du sans-abrisme, il s'agit d'adopter une approche descriptive et compréhensive de ce phénomène (Choppin, Gardella, 2013 ; Bourgois, 2019). Aussi, la recherche que je mène prend le prisme des dispositifs d'assistance pour questionner la prise en charge de la santé des sans-abri. Si ce travail dialogue fortement avec les approches en termes de problème public et d'expériences vécues, le positionnement de ma thèse se situe dans cet espace « paradoxalement méconnu » des « modalités concrètes de prise en charge » (Choppin, Gardella, 2013, p. 207). À la poursuite de cette littérature foisonnante, l'intérêt est donc de venir analyser ce qu'il en est des modalités pratiques de prise en charge de la santé des sans-abri dans des espaces peu investigués et *a priori* étrangers du registre sanitaire.

Une sociologie de la sanitarisation du social

L'objet de la thèse consiste à appréhender la question des frontières entre le social et le sanitaire à partir des centres d'hébergement. Plutôt que d'étudier des dispositifs précisément construits à cette frontière, comme les PASS, les EMPP, les LHSS ou encore les LAM, il s'agit de regarder ce qu'il en est de la prise en charge de la santé dans ces espaces relevant

¹ Yaouancq Françoise, Lebrère Alexandre, Marpsat Maryse, Régnier Virginie, Legleye Stéphane, Quaglia Martine, 2013, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 », *Insee Première*, n°1455. Le rapport pointe que « parmi les adultes francophones sans domicile dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus, près de la moitié étaient en hébergement collectif ».

² Des précisions sur ces différents dispositifs d'hébergement seront apportées au chapitre suivant.

traditionnellement du travail social, en faisant l'hypothèse qu'il s'y joue également des enjeux quant à la prise en charge de la santé des sans-abri.

Ainsi, c'est en regardant par le prisme d'une association située dans une ville du nord-ouest de la France, dont les salariés sont majoritairement composés de travailleurs sociaux, que je vais interroger la question du renouvellement des frontières entre le social et le sanitaire. Les travaux d'Édouard Gardella et de Vianney Schlegel ont analysé comment le problème public du sans-abrisme s'est médicalisé durant les années 1980 et 1990 (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019). Ils soulignent la contribution de médecins – Patrick Henry, Xavier Emmanuelli et Jacques Hassin notamment –, exerçant au sein du Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri de Nanterre (CHAPSA), dans la redéfinition médicale du problème public du sans-abrisme (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019). Au-delà des médecins, différents travaux prennent le point de vue des soignants impliqués dans le soin aux sans-abri (Coulomb, 2018 ; Wolff, 2018 ; Uribe Larrea, 2020). Alors même que les travailleurs sociaux sont des acteurs centraux dans la prise en charge de ces personnes au quotidien, peu de recherches interrogent leur participation à ce travail autour de la santé. À la suite de ces travaux, il s'agit donc d'étudier la façon dont les travailleurs sociaux, historiquement engagés dans la prise en charge des sans-abri, s'emparent de la redéfinition sanitaire de cette question sociale. Pour cela, je vais mobiliser le concept de « sanitisation du social » (Fassin, 1998a, p. 42 ; 2000a, p. 105 ; 2008a, p. 28). Ce concept, dont l'origine revient à Didier Fassin, permet de rendre dicible la manière dont une question sociale – en l'occurrence le sans-abrisme – en vient à être légitimement appréhendée dans le registre sanitaire.

Le recours au concept de sanitisation ne vient pas remettre en cause les analyses précédentes sur la médicalisation du problème public du sans-abrisme, mais vient plutôt rendre compte de réalités complémentaires (Pelchat, Gagnon, Thomassin, 2006). Si les terminologies de la médicalisation et de la sanitisation sont proches, ces concepts procèdent d'histoires sociologiques différentes. Issue de la sociologie américaine, la médicalisation procède avant tout d'une sociologie des professions et de la déviance (Carricaburu, Ménoret, 2004). Dès les années 1950, les sociologues fonctionnalistes, et notamment Talcott Parsons, placent l'étude des professions médicales au premier rang des études sociologiques (Parsons, 1951a). Passé l'analyse du rôle de régulation sociale assuré par les médecins dans la société, une analyse sociologique plus critique se structure dans les années 1970 (Illich, 1975). Irving Zola va alors fonder le concept de médicalisation, à la suite des travaux d'Eliott Freidson, ayant balisé des analyses en ce sens sans formuler ce terme explicitement (Zola, 1972). La médicalisation est

alors entendue comme la traduction d'une déviance dans le registre médical. L'analyse de la médicalisation repose sur l'idée que la médecine viendrait remplacer de grandes institutions morales, et notamment la religion et le droit. En cela, de plus en plus de problèmes sociaux en viendraient à être pris en charge par les médecins. Peter Conrad réalise ainsi une étude de cas éclairante de la médicalisation par l'étude de l'hyperactivité (Conrad, 1975). Il appréhende alors la médicalisation comme la « définition d'un comportement que l'on ramène uniquement à un problème médical ou à une maladie, et le mandat donné à la profession médicale pour y apporter quelque type de traitement » (Conrad, 1975, p. 12). La médicalisation est donc corrélée à l'idée d'une extension du pouvoir médical, sur laquelle les sociologues se sont souvent montrés critiques en dénonçant ce processus comme une entreprise renouvelée de contrôle social.

Une des limites qui a été portée au concept de médicalisation, et notamment de la part de Didier Fassin, tient au fait que ce processus ne doit pas se réduire à l'analyse d'une conquête professionnelle (Fassin, 1998b). Selon lui, les processus qui conduisent à la légitimation sociale du registre de la santé – qu'il définit comme la « bio-légitimité » – dépassent les seuls intérêts d'une profession (Fassin, 1998b, Fassin, 2000a, p. 105). La « sanitarisaiton du social » permet alors d'analyser un mouvement culturel et social plus large, tenant compte de la participation d'acteurs non médicaux à cette redéfinition. Ce concept est donc utile, nuanciant le fait que cette prégnance sanitaire pour penser le sans-abrisme serait avant tout liée à une démarche de conquête de la profession médicale (Fassin, 1998b). En effet, si les médecins ne sont pas absents dans la recherche inductive que j'ai menée, la démarche d'extension du pouvoir médical pour prendre en charge la santé des pauvres n'est pas évidente. Les constats empiriques soulignent davantage la contribution d'acteurs non médicaux, et notamment des travailleurs sociaux, dans la redéfinition sanitaire de leur champ d'action.

Pour rendre compte de la participation de ces acteurs peu visibles dans la prise en charge sanitaire des sans-abri, je recours également au concept de monde social (Becker, 1982). « Quiconque contribue en quelque façon à cette activité et à ses résultats participe à ce monde », indique Howard Becker (2006, p. 168). Ce concept permet alors de tenir compte de l'ensemble des acteurs qui agissent autour d'activités communes, et non uniquement ceux qui y occupent des positions visibles et dominantes. En outre, la notion de monde social permet d'aborder des sphères non monopolisées, à l'image du monde de l'assistance (Becker, 1982). En effet, si ce dernier a été considérablement investi par le travail social et ses acteurs – les CHRS et les CHU faisant partie des établissements sociaux et médico-sociaux régis par le Code de l'action sociale et des familles –, il ne s'agit pas pour autant d'un monde monopolisé par le travail social

(Schlegel, 2019). Au contraire, les limites et frontières du monde de l'assistance sont même « particulièrement floues » (Lahire, 2006, p. 38). Des franchissements sont nombreux – et même souhaités – avec d'autres mondes, comme le monde médical, mais aussi avec le monde de la justice, du logement social ou encore de l'entreprise. Ces mondes connexes ne sont pas seulement à la frontière de celui du monde de l'assistance, mais y contribuent directement, avec plus ou moins d'engagements selon les époques et les orientations politiques.

Pour cela, l'application de la théorie des champs, élaborée par Pierre Bourdieu, paraît difficilement mobilisable, ce concept permettant d'évoquer plutôt des sphères détentrices de capitaux, avec lesquelles ce sujet cadre mal. Le concept de champ permet avant tout de décrire des espaces où les places sont contrôlées et limitées, structurant en cela un « jeu à sommes nulles » (Becker, Pessin, 2006, p. 166). « Il n'y a évidemment pas de "champs" des classes populaires, des femmes au foyer, des chômeurs longue durée, des sans-abri », précise Bernard Lahire (2012, p. 147). Si l'intérêt de la théorie des champs est de se confronter directement à la question des rapports de pouvoir, en rapprochant la notion de son acception physique du champ de force, il semble, pour ce sujet, ne pas assez tenir compte de la complexité des enchevêtrements des dispositifs et appartenances des acteurs. En effet, l'intérêt de recourir au concept de monde social tient à la possibilité qu'il offre de rendre compte des sous-univers qui traversent ces mondes. Par exemple, l'infirmière¹ qui travaille en centre d'hébergement doit être appréhendée au prisme de sa double appartenance, à la fois au monde du soin et à celui de l'assistance, qui la distingue au sein de son groupe professionnel. Il s'agit donc de tenir compte des appartenances plurielles des individus, et des franchissements et superpositions repérables parmi les différents mondes sociaux (Lahire, 2006).

Le recours au concept de monde social – issu de la sociologie interactionniste d'Howard Becker et d'Anselm Strauss (Becker, 1982 ; Strauss, 1992) –, constitue également un positionnement scientifique de la recherche dans une perspective envisageant que « toute désocialisation est aussi une resocialisation » (Choppin, Gardella, 2013, p. 19-20). Parler de « monde de l'assistance » s'inscrit ainsi dans une lignée de travaux portant sur le sans-abrisme inscrit dans ce paradigme interactionniste, comme ceux de Marine Maurin et de Gabriel Uribelarrea (Maurin, 2017 ; Uribelarrea, 2019). Le monde de l'assistance intègre alors de nombreux acteurs : des sans-abri, des bénévoles et des professionnels, eux-mêmes issus de

¹ Concernant les métiers majoritairement occupés par des femmes – comme les infirmières – je recours au féminin dans l'écriture.

groupes professionnels variés¹. À la pluralité des acteurs se conjugue la diversité des organisations qui prennent place au sein de ce monde. Il s'agit majoritairement d'associations ou d'organisations humanitaires, et plus marginalement d'organismes publics. En cela, le monde de l'assistance regroupe de nombreuses organisations répondant à des besoins variés, comme les maraudes sociales, les accueils de jour, les dispositifs d'aide alimentaire et vestimentaire, ou encore les centres d'hébergement, ici étudiés.

La notion d'« assistance » fait, quant à elle, référence à la définition simmelienne de la pauvreté dans laquelle le pauvre n'est appréhendé comme tel qu'au regard de l'attitude collective adoptée à son égard (Simmel, 2011 [1907]). Cette notion permet de souligner que le pauvre n'existe socialement que par les relations d'interdépendances qui le lient au système de prise en charge. L'accent est donc volontairement mis sur la dimension constructiviste de la pauvreté et des secours qui sont apportés. Cette vision de la pauvreté permet d'approfondir l'appréhension du concept de sanitarisation du social. La pauvreté n'existant pas par essence, c'est la manière dont elle est socialement construite qui lui donne son existence. En l'occurrence, cette prégnance sanitaire dans la relation d'aide aux pauvres témoigne d'une évolution dans la manière dont est appréhendée la pauvreté dans notre société, appelant dès lors à un traitement compassionnel (Fassin, 2004a ; 2006b). Il s'agit alors d'envisager la sanitarisation comme une construction sociale, sous-tendant des évolutions sociales et politiques majeures (Fassin, 2008a).

L'approche de la sanitarisation du social développée par Didier Fassin, héritière de la pensée de Michel Foucault, est en effet éminemment politique, en ce qu'elle interroge la réécriture d'un problème social dans le langage de la santé publique. Didier Fassin a notamment étudié le cas du saturnisme, analysant la transition d'une question de mal-logement en une question de santé publique (Fassin, 2003, 2008a). Il mobilise également les exemples de la toxicomanie, ou encore de la maltraitance infantile pour analyser la manière dont ces problèmes sociaux se sont construits comme des problèmes de santé publique spécifiques, soulevant au fond des enjeux plus politiques que professionnels. Le sans-abrisme semble alors précisément pouvoir être analysé à l'image de ces « menaces sociales » qui se voient traduites en « péril sanitaire » (Fassin, 2008a, p. 32), sous-tendant des évolutions sociales et politiques dans l'appréhension des pauvres. Valérie Wolff, qui évoque également la « sanitarisation du sans-

¹ Il peut s'agir de travailleurs sociaux, de soignants, mais aussi de juristes, de personnels d'entretien, de cuisiniers, ou encore de personnels administratifs.

abrisme », analyse ainsi la psychologisation du social et plus largement la « promotion de l'autonomie de l'individu » comme des ressorts sociaux, politiques et culturels notables dans cette évolution du traitement contemporain de la pauvreté (Wolff, 2018, p. 266). À la différence de Valérie Wolff qui étudie cette question au prisme des urgences médicales, il s'agit ici d'étudier des lieux *a priori* éloignés du pouvoir médical (Fassin, 2004a), en postulant que c'est aussi dans ce type d'« espace peu structuré où le social se donne à lire à travers le sanitaire » (Fassin, 1998a, p. 33) que l'on peut repérer les enjeux qui procèdent de cette bio-légitimité, venant placer la santé au rang de « bien suprême » (Fassin, Molénat, 2017, p. 144).

Dépasant une vision morale visant à indiquer si la santé des sans-abri est mieux prise en compte qu'avant, et une question quantitative difficilement soluble cherchant à savoir si cette population est plus malade qu'autrefois, il s'agit plutôt de questionner ce que cette légitimation du registre sanitaire dit d'un monde social en tension. Alors que les frontières entre le social et le sanitaire ont largement évolué au cours de l'histoire – d'abord indifférenciées, puis en partie autonomisées, et récemment conjointes à se décloisonner (Brodiez-Dolino, 2013a ; Duvoux, Vezinat, 2022) – la thèse propose une réflexion sur ces recompositions contemporaines en se plaçant du côté du social. Pour cela, je mobilise le concept de sanitarisation, emprunté à Didier Fassin, et appréhendé ici comme un mouvement au long cours engageant une diversité d'acteurs non médicaux, dans une entreprise de redéfinition sémantique venant placer les enjeux tenant à la santé comme des catégories de pensée et d'actions légitimes, au sein d'un espace traditionnellement social. Il s'agit ainsi d'envisager cette sanitarisation « par le bas » (Hassenteufel, 2011 ; Lascoumes, Le Galès, 2018 [2007]), soit en tenant compte des pratiques concrètes d'une diversité d'acteurs associatifs, en considérant que le renouvellement du traitement de la pauvreté se joue aussi dans les activités quotidiennes de celles et ceux qui sont directement impliqués dans sa prise en charge.

Le concept de sanitarisation du social permet en outre d'étudier des pratiques de soin concrètes qui dépassent les seuls aspects strictement médicaux (Collin, Suissa, 2007). Comme le suggère la situation de Patrick, ce qui se rapporte à la santé pour les acteurs de terrain concerne tout autant les enjeux autour de la santé somatique, de l'hygiène, de la santé mentale ou encore des addictions. « *La santé ce n'est pas que les médicaments et tout ça, c'est aussi le bien-être. La santé c'est faire venir les esthéticiennes, tu vois, c'est ça aussi* » m'explique Lynda, conseillère en économie sociale et familiale (CESF), décrivant par-là une vision partagée de ce que signifie la santé pour les acteurs de terrain. J'appréhende alors ce terme en adoptant une approche émique (Olivier De Sardan, 1998), ancrée et située du point de vue des

différents acteurs en présence. Le concept de sanitarisation permet précisément de tenir compte de ces enjeux élargis relevant de la santé, puisque le concept renvoie à des dimensions sanitaires plus larges que celles que recouvre la médicalisation, plus strictement réservée au registre médical (Pelchat, Gagnon, Thomassin, 2006).

Au-delà du terme « sanitaire », je vais également parler de « soin » pour tenir compte de la définition large qu'ont les acteurs de terrain de la prise en charge de la santé. Si « soigner » est un terme qui, dans le sens commun, a progressivement évolué vers une acception clinique (Clément, 2000), je m'inscris dans des réflexions sociologiques proposant de penser le soin en dehors de l'unique pré carré des professions médicales et paramédicales (Borelle, 2017b ; Uribe Larrea, 2020). Il s'agit en effet plutôt de jouer volontairement des ambiguïtés étymologiques du soin, oscillant entre la sollicitude et le soin médical (Clément, 2000, Borelle, 2017b, Uribe Larrea, 2020). Parler de soin permet de ne pas distinguer *a priori* le fait qu'un travailleur social accompagne un sans-abri à la douche du fait que l'infirmière distribue le traitement d'un hébergé, dans la mesure où ces actes ont en commun de viser le mieux-être de la personne, non seulement par l'activité réalisée à ses côtés, mais plus largement par la considération qui lui est conférée à cette occasion. Comme l'indique Gabriel Uribe Larrea : « le soin est à la fois une activité pratique, mais aussi une posture morale » (Uribe Larrea, 2020, p. 26). Le soin sera alors abordé à l'angle de la théorie du *care*, permettant de tenir compte de la dimension à la fois morale et pratique du soin à autrui (Ledoux, 2013). Le *care* n'est pas appréhendé ici comme un synonyme du soin, car il recouvre des réalités plus larges que les aspects tenant à la santé. Néanmoins, la théorie du *care* aide à problématiser l'enjeu du traitement sanitaire des sans-abri, en portant une attention à la matérialité du soin et à l'invisibilité des tâches et des professionnels qui en ont la charge (Tronto, 2009 [1993]).

Le *care* est généralement mobilisé pour appréhender des secteurs spécifiques, souvent très féminisés, comme la petite enfance ou la prise en charge des personnes âgées et/ou dépendantes (Daly, Rake, 2003). Le monde de l'assistance n'est donc pas un secteur du *care* par excellence : il s'agit d'un ancien bastion professionnel masculin et les relations d'aide y sont souvent présumées comme étant asymétriques (Bruneteaux, 2006). Pourtant, il paraît pertinent de considérer ce secteur comme pouvant relever du domaine du *care*, comme le propose Édouard Gardella au sujet de l'urgence sociale (Gardella, 2017). Cela présente en effet l'intérêt de ne pas présumer d'une irrémédiable asymétrie entre les professionnels et les hébergés. Mobiliser le *care* permet ainsi de prendre au sérieux l'engagement des professionnels dans une relation d'aide tenant compte de la réception de celle-ci, et de la manière dont ces

derniers symétrisent leurs relations avec les sans-abri (Gardella, 2017). Plus encore, le *care* permet d'éviter l'écueil d'une analyse sentimentaliste de la considération à autrui, puisqu'il implique de réfléchir aux rapports sociaux inégalitaires dans lesquels sa pratique est prise (Tronto, 2009 [1993] ; Ledoux, 2013). En s'intéressant à la matérialité du *care*, il va s'agir de regarder concrètement qui est assigné à quel type de tâche. En ce sens, l'adoption dans la thèse d'une perspective en termes de *care* permet de souligner combien la prise en compte du soin aux sans-abri est corrélée dans l'histoire de l'association à la féminisation de ce bastion professionnel, assignant les femmes à la prise en charge des corps des hébergés. Rarement abordée sous cet angle, la sanitarisation sera ici éclairée par cette lecture au prisme des enjeux de l'intersectionnalité, ce cadrage permettant d'inscrire la division du travail de soin dans des rapports sociaux complexes de genre, de race¹, de classe et d'âge.

Replacer la santé au cœur de rapports sociaux inégalitaires

Par le prisme d'une sociologie de la prise en charge institutionnelle de la santé des sans-abri, je m'inscris donc dans une démarche portant une attention aux interactions et aux pratiques quotidiennes d'accompagnement, tout en replaçant ces enjeux dans les rapports sociaux qui les encadrent. L'ethnographie entretient précisément cette double ambition, visant à saisir les inégalités de manière microsociologique tout en contribuant à les expliquer sur le plan macrosociologique (Schwartz, 1993 ; Lemercier, 2023). Au-delà des enjeux professionnels, il s'agit de décliner ce positionnement concernant les hébergés en rappelant que les sans-abri sont une population surexposée aux inégalités sociales de santé. Seul un sans-domicile sur deux considère son état de santé comme « très bon » ou « bon », et 23% d'entre eux considèrent leur santé comme « mauvaise », voire « très mauvaise », alors que ce taux est de 8,5% au sein de la population générale (Moisy, 2015). Objectivement, cette population est confrontée à de fortes inégalités sociales de santé. La prévalence de l'exposition à la tuberculose est plus de vingt-cinq fois plus élevée dans cette population qu'au sein de la population générale². Les prévalences sont également plus fortes concernant le diabète et l'épilepsie (Arnaud et al., 2008 ;

¹ Le terme « race » est mobilisé ici dans une approche non essentialiste. L'utilisation de ce terme ne s'inscrit donc pas dans une idéologie raciste. En revanche, c'est parce que le racisme demeure structurant dans notre société qu'il paraît utile d'y recourir. Comme l'indique Nicolas Jounin : « le racisme imprègne suffisamment notre société pour qu'il soit pertinent de relever la race des individus, car elle est un marqueur de leur place dans des rapports sociaux » (Jounin, 2016 [2014], p. 90).

² Santé publique France, « Tuberculose en France : les chiffres en 2020 ». En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/tuberculose-en-france-les-chiffres-2020>. Consulté le 22 janvier 2023. En 2020, le taux de déclaration de cas de tuberculose en population générale est de 6,8/100 000. Il est de 170/100 000 pour les sans domicile fixe.

Laporte et al., 2007 ; Gardella, Laporte, Le Méner, 2008). Ces inégalités sociales de santé se traduisent jusque devant la mort, puisque l'âge moyen du décès des personnes sans-domicile est de 48 ans, selon le collectif Les Morts de la Rue, quand la moyenne de la population générale s'élève à 82 ans¹.

Ces constats relativement spectaculaires ne mobilisent pourtant que peu l'indignation collective. Tout au plus, cette indignation sera-t-elle saisonnière en raison des morts liés au froid. Pierre Aïach souligne ainsi que : « l'inégalité dans le domaine de la maladie et de la mort n'est pas souvent ressentie et dénoncée comme une injustice. Elle semble inscrite dans l'ordre des choses admises [...], plus l'inégalité semble proche du pôle naturel et éloignée du pôle social, plus elle est facilement ou fatalement admise » (Aïach, 1978, p. 465). Ces analyses éclairent précisément ce qu'il en est des inégalités sociales de santé des sans-abri. Par les faibles mesures de prévention sanitaires que les sans-abri appliqueraient ou encore par leur manque de volonté à se soigner, les inégalités sociales de santé sont normalisées et deviennent en partie acceptables moralement, ne venant que rarement mobiliser le registre de l'injustice. Comme l'indique Élise Lemercier : « les inégalités incorporent les idéologies de leur justification » (Lemercier, 2023, p. 11). En ce sens, la responsabilisation des conduites individuelles constitue un argument favorable à la reproduction de ces inégalités.

D'un point de vue sociologique, analyser ces inégalités uniquement au prisme des conduites individuelles serait toutefois réducteur. « Considérer les inégalités de santé comme le résultat de comportements individuels et d'inégalités biologiques sur lesquelles il n'y a que peu de prise, revient à faire l'économie de la genèse de leur inscription dans les corps », expliquent Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2004, p. 149). En effet, à rebours de l'idée que les inégalités de santé seraient naturelles, ou le fruit du hasard de la dispersion des maladies dans l'espace social, les corps sont précisément le lieu où s'inscrit le plus vigoureusement l'ordre social (Fassin, 2006a). Loin du coup du sort duquel le sociologue est toujours méfiant (Loretti, 2021), il s'agit d'envisager la dégradation de l'état de santé des sans-abri comme un produit du social (Duvoux, 2021).

Cette déconstruction paraît d'autant plus nécessaire que pour les acteurs de terrain, le lien entre pauvreté et mauvaise santé est appréhendé comment allant de soi. Les sans-abri auraient, fatalement, *évidemment*, une mauvaise santé. Pour les professionnels des centres

¹ Collectif Les Morts de la Rue, Octobre 2019, « Mortalité des personnes sans-domicile 2018. Dénombrer et décrire, résumé de l'enquête », En ligne : http://mortsdelarue.org/IMG/pdf/RAPPORT_A5_2018_WEB.pdf. Consulté le 20 janvier 2023.

d'hébergement rencontrés, les hébergés auraient « *tous un petit quelque chose* », avec l'idée prégnante que les personnes ne s'y retrouvent pas uniquement pour une problématique sociale – celle de l'absence de logement – mais que ce problème constitue la face cachée de problématiques plus profondes. Être sans-abri serait presque une maladie en soi. Alors que ces derniers ne sont ni naturellement pauvres, ni naturellement malades, cette corrélation est essentialisée, passant sous silence l'ensemble des processus sociaux qui fondent pourtant ce lien. Le propos tenu n'est pas de postuler que les professionnels fabriquent ce besoin de soin, ni de nier la réalité de l'état de santé dégradé des personnes hébergées en centres d'hébergement. En revanche, il s'agit de considérer que la question de la santé des sans-abri n'est pas uniquement un enjeu politique : c'est aussi un questionnement quotidien pour les professionnels qui ont la charge de ces personnes (Barthe et al., 2013). En prenant pour objet la manière dont les acteurs appréhendent eux-mêmes les problèmes des hébergés, il s'agit de se demander comment ce lien entre les problématiques sociales et sanitaires leur est devenu si évident et ce qu'il produit pour les accueillis.

La tâche du sociologue est particulièrement utile dans ces zones de l'espace social où les inégalités en viennent à être pensées comme naturelles et évidentes. Les inégalités sociales de santé constituent en effet un terrain privilégié pour l'enquête sociologique, permettant de repérer la manière dont le social s'incorpore. Il s'agit ainsi, comme le propose Muriel Darmon, de s'intéresser à la « matérialité du biologique », soit « à la façon dont le social "rentre sous la peau" des personnes et se biologise, le corps étant toujours, au moins en partie, du social incorporé, autrement dit du socialement produit » (Darmon, 2021, p. 59). C'est donc un questionnement sur l'incorporation du social qui structure cette réflexion, cette perspective permettant de replacer l'enjeu des inégalités au cœur de la réflexion sociologique. En effet, aussi paradoxal que cela puisse paraître, les enjeux qui entourent la pauvreté se sont émancipés de ceux des inégalités dans la littérature contemporaine (Fassin, 2004a ; Viguier, 2020). Appliquée au questionnement sur la santé, la question n'est évidemment pas simple : une plus grande prise en compte des problématiques de santé des sans-abri participe-t-elle à la réduction des inégalités qu'éprouve cette population, ou au contraire, renforce-t-elle des stigmates déjà présents ?

Historiquement, cette question a été traversée par deux approches qu'Olivier Faure décrit comme des « légendes » au sujet de la médicalisation (Faure, 1998). La légende rose de la médicalisation pense ce processus comme étant uniquement bénéfique : « les médecins deviennent des héros infatigables et désintéressés luttant avec acharnement pour le bonheur

d'un peuple » (Faure, 1998, p. 59). Accroître la prise en charge de la santé d'une population, de surcroît marquée par un éloignement au système de santé, serait alors incontestablement bénéfique, réduisant par-là à coup sûr les inégalités de santé. Certains sociologues ont déconstruit cette représentation idéalisée de la médicalisation au profit d'une « légende noire », portant une attention au « caractère normatif et "policier" de la médicalisation » (Faure, 1998, p. 58). Cette dernière analyse la médicalisation comme un processus de renouvellement de la domination et du contrôle social, conduisant à la dépolitisation des rapports sociaux (Szasz, 1961 ; Illich, 1975 ; Pinell, Zafiroopoulos, 1978 ; Conrad, Schneider, 1992 ; Mathieu, 1993). En somme, les effets de structure et de reproduction sociale des inégalités seraient rendus imperceptibles en venant s'inscrire dans des réalités naturalisées. Au lendemain de ces travaux, peu d'études contemporaines se penchent empiriquement sur cette question. Sans présumer de l'une ou de l'autre des analyses, il s'agit plutôt de prendre ce questionnement au sérieux, de l'enquête à l'analyse. J'interrogerai alors si la sanitarisation participe, au moins en partie, à déjouer les processus discriminants auxquels sont confrontés les sans-abri et les professionnels qui en ont la charge, ou si au contraire, elle vient renforcer les inégalités sociales.

La thèse n'entend pas faire de propositions concrètes, pour savoir comment il faudrait s'y prendre pour mieux tenir compte de la santé des hébergés. Il s'agit plutôt d'envisager la santé comme un enjeu éminemment politique, dans le sens où elle s'inscrit dans des rapports de domination qu'il convient d'étudier. Comme le conseille Nicolas Duvoux, il s'agit de considérer les inégalités dans leur aspect multidimensionnel, mais aussi dans leur aspect relationnel : les inégalités n'étant pas des « faits bruts », mais bien le produit d'interactions sociales inégalitaires (Duvoux, 2021, p. 4). Aussi, si ce sont *a priori* les enjeux de classe qui sous-tendent l'étude sociologique du sans-abrisme, regarder ce qu'il en est des rapports sociaux de genre, d'âge et de race viendra complexifier l'analyse. Je serai ainsi attentive aux traitements réservés aux femmes sans-abri, aux hébergés racisés, ainsi qu'aux variations de traitement selon les âges des accueillis. Comme l'indique Arthur Vuattoux, recourir à l'intersectionnalité est éclairant pour comprendre les enjeux de sanitarisation du social (Vuattoux, 2019).

En définitive, cette recherche s'inscrit au croisement d'une sociologie de la santé et du travail social, et propose une ethnographie de la prise en charge de la santé des sans-abri au sein du monde de l'assistance. Dans un contexte de déclin des formes traditionnelles de l'hébergement social, la recherche inductive menée met en lumière une forte présence des enjeux tenant à la santé dans ces espaces relevant historiquement du travail social. Cherchant à réfléchir au renouvellement des frontières entre le social et le sanitaire, l'étude des centres

d'hébergement permet d'investiguer des espaces et des acteurs peu visibles – et pourtant centraux – dans le soin porté aux sans-abri. La thèse analyse alors par le bas la redéfinition sanitaire de la prise en charge des sans-abri, en étudiant à quelles conditions le registre de la santé en est-il venu à s'imposer de manière si évidente, et ce que cela implique pour les professionnels comme pour les hébergés.

Annnonce du plan

Pour répondre à ces questionnements, je présenterai dans un premier chapitre les enjeux méthodologiques de la recherche inductive que j'ai menée (chapitre 1). Trois sections, chacune composée de trois chapitres, déploient ensuite les analyses issues de cette enquête de terrain. La première section rend compte des logiques sociohistoriques de la légitimation du registre sanitaire dans la prise en charge des sans-abri. L'histoire de l'association Envol sera connectée à celle, plus large, des politiques sociales et sanitaires afin d'inscrire ce processus de sanitarisation dans une histoire au long cours. Cette première section, divisée en trois chapitres chronologiques, permettra tout autant de saisir les spécificités de l'association Envol dans son rapport singulier à la prise en compte de la santé des sans-abri, que ce qu'elle révèle plus largement de la recomposition des frontières entre le social et le sanitaire.

La deuxième section s'intéresse ensuite aux professionnels qui exercent au sein des centres d'hébergement. En analysant les trajectoires des travailleurs sociaux (chapitre 5) et des soignants – en particulier des infirmières et des auxiliaires de vie – (chapitre 6) qui travaillent au sein du monde de l'assistance, il s'agit de regarder qui sont ces actrices et ces acteurs qui accompagnent les sans-abri, en postulant qu'il ne s'agit pas d'individus interchangeables que l'on pourrait réduire aux définitions institutionnelles prescrites de leur travail. L'analyse de ces trajectoires permet d'aboutir à l'étude des pratiques professionnelles et notamment aux enjeux de division du travail de soin (chapitre 7). Dans cette section, la prise en charge de la santé est éclairée à travers sa matérialité en poursuivant ce fil d'analyse majeur : la sanitarisation se conjugue localement à un processus de féminisation de ce monde professionnel.

Enfin, la troisième section de la thèse vient examiner des situations concrètes d'accompagnement d'hébergés. Par l'ethnographie du traitement institutionnel de la santé des accueillis, cette dernière section porte une attention particulière à l'incorporation du social, soit à la manière dont les inégalités sociales se traduisent en inégalités de santé. Le chapitre 8 s'intéresse aux ressorts de l'étiquetage pathologique des hébergés par le cas limite des « cas psys ». Le chapitre 9 étudie ensuite la manière dont les hébergés sont socialisés à prendre soin

de leur santé dans ces institutions d'hébergement. Le chapitre 10, clôturant la thèse, analyse enfin la façon dont l'atteinte d'une vulnérabilité sanitaire produit des traitements différenciés, et potentiellement inégalitaires, entre les hébergés. Dans cette démonstration en trois temps, j'interroge donc d'abord l'histoire de la légitimation du registre sanitaire au sein de cette association, puis les trajectoires et pratiques de soin des professionnels qui y exercent, et enfin les implications directes de cette prégnance sanitaire à l'égard des hébergés.

Chapitre 1

Enquêter : une *insider* en centres d'hébergement

Dans le cadre d'une démarche inductive, comme adoptée ici, le temps de l'enquête n'est pas un moment de vérification ou de réfutation des hypothèses : il est le moment où se construit l'objet lui-même. La démarche inductive s'inscrit dans le sillon de la *Grounded Theory*, développée par les sociologues américains de la tradition sociologique de Chicago. Face à l'infini des possibles du monde social, les promoteurs de cette approche que sont notamment Barney Glaser et Anselm Strauss valorisent le raisonnement ethnographique pour analyser la société (Glaser, Strauss, 1967). Portant une attention aux pratiques peu visibles et aux discours moins audibles, l'ethnographie apparaît comme une méthode de recherche adaptée pour appréhender le monde de l'assistance. En effet, l'ethnographie consacre une place centrale à la récurrence des observations *in situ*. Leur restitution réflexive permet alors de se départir des catégories institutionnelles, tout en évitant l'écueil du misérabilisme (Beaud et Weber, 2012 ; Payet, 2011). En étant soi-même pris dans un quotidien au long cours, la diversité du monde social qui se donne à voir se complexifie et favorise la déconstruction des prénotions. Cette démarche paraît d'autant plus pertinente en raison de ma socialisation initiale au travail social. Éducatrice spécialisée de formation, j'entretiens avec mon objet une proximité qui implique que je réalise cette enquête « par distanciation », soit en cultivant l'étrangeté au sein d'un milieu m'étant familier (Beaud et Weber, 1997, p. 51).

L'ethnographie en question a consisté en l'étude d'une association dans laquelle j'étais d'ores et déjà insérée pour y avoir réalisé des stages et des remplacements en tant qu'éducatrice spécialisée, ainsi que mon terrain d'enquête de master. Plutôt que de multiplier les lieux d'enquête, je propose dans la thèse une étude fouillée et approfondie d'une seule association, Envol, historiquement engagée dans la lutte contre le sans-abrisme, et disposant de plusieurs modalités d'hébergement et d'insertion. J'ai ainsi réalisé des observations à découvert au sein de quatre centres d'hébergement, en restant entre 8 et 14 semaines dans chacun des établissements. Outre les observations, c'est aussi la réalisation d'entretiens semi-directifs qui jalonnent cette recherche. 56 ont été réalisés au total durant la thèse, avec des professionnels et des hébergés. Plus encore, c'est un travail d'archives qui vient compléter ce travail ethnographique, principalement par l'étude des rapports d'activité de l'association.

Si la démarche inductive et ethnographique est pertinente pour ce sujet, elle implique en retour une posture réflexive, critique et honnête sur la production des données. Restituer la

manière dont les matériaux ont été collectés « le moins mystérieusement et le plus précisément possible » (Lahire, 2007, p. 12), en soulevant les arbitrages et les biais qui y ont procédé, relève non seulement de l'honnêteté scientifique, mais constitue également la condition du débat académique, nécessaire à tout travail scientifique.

La présentation des conditions du recueil des matériaux est réalisée dans ce chapitre à travers l'exploration des enjeux de ma double position au sein de l'association Envol, en tant qu'ancienne professionnelle du travail social et en tant que sociologue. J'aborde comment j'ai tenté de pallier les biais constitutifs de ce positionnement singulier et ce qu'il a permis de produire pour la recherche. Il s'agit en effet de souligner dans ce chapitre comment l'entretien d'une familiarité avec le sujet peut constituer une plus-value pour la connaissance sociologique, à la condition, me semble-t-il, de présenter les usages de cette proximité. Dans un premier temps du chapitre, je reviendrai sur ma trajectoire afin de mieux incarner le choix du sujet et du terrain de recherche (I). Je présenterai ensuite les lieux et les étapes de l'enquête de terrain (II), puis les outils qui ont été utilisés dans le recueil des matériaux, en l'occurrence les observations, les entretiens semi-directifs et le travail d'archives (III). Je reviendrai ensuite sur les conditions de mon intégration auprès des différents groupes en présence (IV). Enfin, il s'agira d'exposer les principes éthiques qui ont guidé la réalisation de cette recherche, du recueil des matériaux à la rédaction des analyses (V).

I. Des socialisations familiales à une socialisation professionnelle

Une pleine neutralité est impossible à atteindre dans la démarche ethnographique. Du choix du sujet aux positionnements durant l'enquête, le sociologue est en effet impliqué. Bernard Lahire considère alors : « qu'objectivation bien ordonnée commence toujours par soi-même » (Lahire, 2007, p. 135). En ce sens, si l'objet de la recherche répond bien à un besoin de connaissance sociologique, il procède souvent également de centres d'intérêts personnels et d'une trajectoire singulière, ce qui est précisément mon cas.

Pour incarner au mieux ces choix, je vais revenir quelque peu sur mon parcours et mes différentes socialisations, qui viendront éclairer le rapport que j'entretiens à l'objet de cette recherche. À la suite de mon baccalauréat littéraire, je m'engage dans un Diplôme universitaire et technologique (DUT) Carrières Sociales, option éducation spécialisée. Cette filière résulte d'un compromis familial entre ma volonté initiale de m'inscrire en psychologie¹ – fortement

¹ J'avais alors le projet de devenir professeure des écoles, comme ma grand-mère paternelle et ma tante maternelle.

déconseillée par mon père, lui-même professeur à l'université en géographie – et le souhait familial que je fasse une classe préparatoire littéraire, pour laquelle je n'étais pas particulièrement enthousiaste. Ce DUT, outre le fait qu'il parvenait parfaitement à produire un arrangement scolaire familial, présentait aussi l'intérêt de permettre l'obtention du Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES) par la réalisation d'une année supplémentaire, suite au DUT. J'étais déjà en partie socialisée au monde du travail social, notamment par la compagnie de mon père, elle-même éducatrice spécialisée. Grandissant dans un univers fortement marqué par les métiers de l'enseignement, de l'animation et du travail social, j'ai converti ces socialisations familiales en ressources scolaires et professionnelles au moment de cette orientation post-bac.

Ces premières années dans l'enseignement supérieur sont pour moi l'occasion d'une révélation majeure, celle de la sociologie, qui me fait rapidement oublier mes aspirations initiales pour la psychologie. Équipée par mes premières compréhensions de la sociologie, je choisis d'effectuer mon dernier stage¹ dans le secteur de l'insertion², auprès de personnes en situation de précarité, pensant qu'étudier les pauvres est la meilleure manière de produire des réflexions sociologiques. Je réalise donc un stage dans une pension de famille, au sein de l'association Envol, pendant une durée d'environ un an. J'apprécie réellement cette découverte du monde de l'assistance, et notamment les questionnements et réflexions induits par l'accompagnement d'adultes. Cet investissement dans le monde de l'assistance me permet de rompre avec la proximité de mon entourage au secteur de la protection de l'enfance. En outre, cette expérience m'invite à connecter des réflexions que je nourris depuis longtemps sur les inégalités à des parcours de vie incarnés. Ma vision réductrice de la pauvreté se voit battue en brèche à la rencontre de ces personnes pour qui les difficultés ne sont pas tant monétaires que celles de l'isolement et de la santé.

Évoluant dans un contexte familial tout à fait attentif à l'acquisition de titres scolaires distinctifs, le DUT et le DEES ne constituent qu'une étape de mon parcours en études supérieures. Après l'obtention du Diplôme d'État d'éducatrice spécialisés, je m'inscris en troisième année de licence de sociologie à Rouen. En parallèle, j'exerce comme éducatrice

¹ Il s'agissait de mon dernier stage de DUT, se poursuivant ensuite pendant près d'un an sur le mode de l'alternance durant une année passerelle permettant l'obtention du DEES.

² Au sein de l'éducation spécialisée, trois grands « secteurs » d'exercice du métier dominant : le handicap, la protection de l'enfance, et l'insertion. Aussi, lorsque je parle de « secteur de l'insertion », je fais référence à ces segments socialement construits du travail social.

spécialisée remplaçante dans l'association Envol, dans laquelle j'ai réalisé mon stage¹. À l'université, je découvre alors la sociologie et l'anthropologie de la santé, qui m'intéresse tout particulièrement. Ces enseignements me donnent des clés de lecture sur l'univers professionnel que je côtoie. J'en viens en effet à m'interroger sur le sens du travail mené auprès de personnes qui me semblent parfois davantage relever du monde médical que du monde du travail social. Je parviens à mettre de premiers mots sur un décalage que je perçois entre la formation professionnalisante que j'ai reçue et la réalité de l'exercice du métier au sein du monde de l'assistance, largement marquée par une empreinte sanitaire. Alors que la formation d'éducateur spécialisé nous enseigne que nous ne sommes pas autorisés à donner un paracétamol à un usager, la réalité du métier me confronte au fait de distribuer régulièrement des médicaments, y compris de la méthadone, alors que le non-respect de la posologie de ce traitement peut être létal.

Outre ces questionnements professionnels, si l'angle de la santé me semble particulièrement saillant, cela semble pouvoir être rapproché de ma socialisation familiale maternelle cette fois, ma mère étant manipulatrice en radiologie depuis une vingtaine d'années, avant de se reconvertir professionnellement. Cet angle de la santé intervient aussi au cours d'une période où j'intègre une autre configuration familiale, celle de mon conjoint, dont les membres exercent très majoritairement dans le monde médical (infirmières, kinésithérapeutes, aide-soignante). Si ma socialisation à l'Enseignement supérieur et la recherche (ESR) vient directement de mon père, les thématiques que j'investis progressivement sont, elles, proprement issues des femmes de mon entourage n'ayant pas accès à la parole scientifique.

Je nourris le projet de réaliser un master liant les questions sociales et médicales, et m'engage donc dans le master Santé, populations, politiques sociales à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Mon projet de recherche pour intégrer ce master questionne déjà l'enjeu de la santé des sans-abri. Cependant, c'est à l'époque plutôt l'angle de la santé mentale qui s'impose, notamment après avoir été éclairée par la lecture de l'article de Maryse Bresson intitulé « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence » (Bresson, 2003) et *Asiles* d'Erving Goffman (1968 [1961]). La légitimité de ce sujet se renforce durant ces deux années de master et mon questionnement évolue, en dépassant les seuls enjeux de la santé mentale. Pour réaliser mon mémoire de master 2, je fais le choix de faire la

¹ Je travaille également dans une autre association pendant deux mois, ce qui me permet de repérer des fonctionnements associatifs différents de celui d'Envol.

monographie d'un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de l'association Envol, dans laquelle j'ai déjà mes entrées, pour y avoir travaillé plusieurs mois auparavant en tant qu'éducatrice spécialisée remplaçante. Il s'agit de la Structure de reconquête de l'autonomie sociale (SRAS), dont je parlerai dans la thèse, qui accueille des sans-abri vieillissants, souffrant généralement de nombreuses pathologies. J'y réalise une enquête mêlant observations, entretiens et analyse d'archives durant quatre mois, à raison de trois à quatre jours par semaine. J'ai informé l'ensemble des personnes – professionnels comme hébergés – de mon statut d'enquêtrice, en précisant la distinction avec mon statut antérieur de professionnelle. La confusion était toutefois ténue : il s'agissait de mes anciens collègues, et les hébergés m'ont connue comme travailleuse sociale.

En réalisant ce travail de terrain, je me rends toutefois compte que cette position, bien qu'ambiguë, permet de recueillir des données intéressantes : j'accède sans aucun problème à tous les moments que je souhaite observer, tout autant les temps de soins que les temps de travail social. Les professionnels m'invitent d'eux-mêmes à ce que je puisse observer la manière dont ils travaillent. Nos interconnaissances préalables et mon ambition de mettre en lumière le quotidien de leur travail dans le cadre d'une recherche universitaire favorisent cette intégration optimale. La confiance établie avec les enquêtés, principalement les professionnels, se révèle tout à fait bénéfique pour l'enquête.

Par la réalisation de ce terrain et de ces deux années de master, ma vision de la sociologie se complexifie. Les apports sur l'intersectionnalité, sur les mécanismes de domination ainsi que sur la théorie du *care* notamment, enrichissent mes savoirs disciplinaires. Je comprends aussi que la recherche est un univers concurrentiel, bien loin de l'image idéalisée transmise par mon père sur le monde de l'ESR. J'ai beau être une héritière (Bourdieu, Passeron, 1964), je n'en reste pas moins une héritière provinciale, et je m'accommode au fond assez mal aux codes de cet univers parisien de l'EHESS. Souhaitant poursuivre mes réflexions entamées en master, je fais le choix de réaliser ma thèse à l'Université de Rouen Normandie.

Suite à l'obtention d'un contrat doctoral, j'envisage de retourner sur le terrain en prolongeant l'enquête réalisée en master. J'ai en effet souhaité rester au sein de la même association, Envol. La connaissance singulière que j'en avais depuis mon stage de DUT en 2014 me semblait précieuse. Cette confiance acquise pouvait d'abord constituer une plus-value concernant l'intégration sur le terrain, mais me semblait, plus largement, potentiellement bénéfique pour recueillir des données originales sur ce sujet. Alors que la plupart des sociologues arrivent profanes pour étudier le monde de l'assistance (Jouve, Uribelarrea, 2017),

j'avais, depuis plusieurs années, cultivé une position d'*insider* sur laquelle il me semblait pertinent de m'appuyer pour réaliser l'enquête. La démarche ethnographique mobilisée dans la thèse est donc basée sur le parti pris d'une familiarité avec le monde étudié, visant à élaborer une connaissance singulière de celui-ci.

La connaissance préalable de l'association a effectivement favorisé l'obtention rapide d'un « droit d'entrée » (Darmon, 2005, p. 98)¹. Une convention de recherche avec Envol a été signée pour un an, renouvelée ensuite par un avenant pour deux années supplémentaires. Bien que je ne connaisse pas en amont précisément les fonctionnements de tous les établissements que j'ai observés dans la thèse, je suis arrivée sur le terrain avec une socialisation au monde de l'assistance. J'avais déjà visité ces établissements, je connaissais certains professionnels et, plus encore, je connaissais les codes propres à ce milieu, notamment en ce qui concerne les normes de salutation, le registre d'humour attendu ou encore les codes vestimentaires² (Arborio, 1996).

Un des objectifs pour la thèse était toutefois de mieux me départir de mon statut d'éducatrice spécialisée, notamment pour pouvoir recueillir des données exploitables auprès des hébergés. De ce fait, j'ai choisi de ne pas retourner à la SRAS, où mon statut antérieur de professionnelle était trop marqué. Durant la thèse, je me suis donc rendue dans des établissements où je n'avais auparavant jamais exercé comme éducatrice. Aussi, si l'enquête a été réalisée à découvert, ce que j'ai pu dire de moi aux différents acteurs s'est avéré modulable : alors que j'ai souvent mis en avant mon identité professionnelle auprès des travailleurs sociaux, j'ai en revanche tu mon statut antérieur d'éducatrice spécialisée aux hébergés rencontrés, afin d'éviter de recueillir un discours similaire à celle d'une travailleuse sociale.

Pour Serge Paugam, entretenir une « affinité avec son sujet de recherche » n'est ni indispensable ni rédhibitoire (Paugam, 2012, p. 11). La clarification de ce rapport subjectif au sujet étudié permet toutefois d'identifier les vigilances que le chercheur doit fournir. En l'occurrence, tout l'enjeu de mon positionnement a consisté dans le fait de mettre à profit cette connaissance préalable, tout en parvenant à rendre énigmatique ce monde social m'étant familier (Paugam, 2012). Cette prise de distance, seule condition de la déconstruction des prénotions, a été cultivée par de nombreuses lectures, par l'insertion dans des collectifs de recherche, mais aussi sur le terrain, par une prise de notes minutieuse de chaque session

¹ Pour voir plus en détail les enjeux autour de la négociation de l'accès au terrain, voir l'annexe 1.

² Sur ce point, voir le chapitre 5.

d'observation. En outre, c'est une réflexivité permanente sur ma posture d'enquêtrice qui a favorisé la réalisation de cette enquête par distanciation.

Ce positionnement ne s'est pas donné de lui-même, et durant l'enquête, de nombreux tâtonnements ont marqué mon oscillation entre une posture de travailleuse sociale et de sociologue. Mon usage des clés des établissements fut représentatif de ces questionnements. Devais-je détenir les clés de l'établissement pour circuler à ma guise ? Pour autant, posséder ce pass m'associait fatalement à une professionnelle, dans la mesure où les hébergés sont astreints au fait de ne pas en disposer. J'ai opté pour le confort lors de mon premier terrain, au foyer du père Virgile, en disposant d'une clé. J'ai voulu rester discrète sur ma possession de ce pass, et j'y ai accroché un cordon « Université de Rouen », pour marquer mon ancrage, sur lequel j'ai d'ailleurs plusieurs fois été questionnée. Par la suite, j'ai néanmoins fait le choix de ne pas posséder de clé, cela m'apparaissant comme un marqueur trop prégnant d'une appartenance professionnelle. Cet exemple concret souligne plus largement le travail progressif de distanciation que j'ai mené durant l'enquête, avec l'objectif de mettre à profit cette position d'*insider* tout en cultivant une forme de distanciation.

II. Les lieux et les étapes de l'enquête

1. L'incontournable foyer du père Virgile

Sans être totalement préétablis à l'avance, les lieux et les étapes de la recherche de terrain se sont précisés durant l'enquête elle-même, cet ajustement du terrain aux questionnements faisant sens dans le cadre d'une démarche inductive. Néanmoins, dès le début de la thèse, il m'a semblé évident d'aller observer le fonctionnement du Centre d'hébergement d'urgence (CHU) de l'association, le foyer du père Virgile (FPV). Le FPV, établissement d'urgence destiné aux hommes majeurs, me semblait pertinent à plusieurs égards. Il est tout d'abord un lieu d'hébergement essentiel dans la carrière de survie des hommes sans-abri (Pichon, 1995). À la SRAS, lieu du terrain de mon master, la plupart des accueillis avaient connu un hébergement plus ou moins long dans cet établissement avant d'intégrer le CHRS. D'autre part, je me suis aperçue qu'il constituait aussi souvent un point de passage de la trajectoire des travailleurs sociaux. Faire ses armes en tant que professionnel au foyer du père Virgile avant d'aller exercer dans un CHRS est assez courant. De plus, le FPV est aujourd'hui le seul établissement collectif de l'agglomération à fonctionner sur ce modèle de l'accueil d'urgence pour hommes. Enfin, le foyer du père Virgile est un des plus anciens asiles de nuit

de France, en ayant été créé en 1882. Constituant l'établissement originel d'Envol, observer le foyer du père Virgile me semblait indispensable pour initier l'ethnographie.

Les Centres d'hébergement d'urgence (CHU), héritiers des asiles de nuit, sont des établissements permettant une mise à l'abri rapide de toute personne nécessitant un hébergement. Outre la mise à disposition d'un lit (une chambrette¹ au FPV), les CHU sont généralement des lieux où il est possible de se restaurer, de se laver, de trouver des vêtements propres, ou encore de pouvoir rencontrer une infirmière. Bien souvent, ces établissements ferment le jour. C'est le cas du FPV, qui ne reste ouvert que pour les sans-abri les plus vulnérables². Généralement, un travail d'accompagnement social y est mené, visant l'orientation des hébergés vers des modalités d'hébergement ou de logement plus pérennes. Toutefois, si les CHU se fondent bien sur l'idée d'un accueil d'urgence, différentes temporalités d'accueil coexistent dans ces établissements. Certaines personnes, orientées par le 115, ne restent qu'une nuit, quand d'autres sont présentes au foyer du père Virgile depuis plusieurs années. Lorsque les personnes sont hébergées par le 115 (une nuit) ou sont en « mise à l'abri » (hébergement pour trois jours), ces derniers ne peuvent rester dans l'établissement passé ce délai et sont contraints de formuler une nouvelle demande d'hébergement temporaire. Selon les situations, cette période d'instabilité peut durer plusieurs mois, parfois même plusieurs années. Le FPV ne propose qu'une vingtaine de places sur la centaine dont elle dispose pour ces hébergements temporaires. Le reste constitue des places stables, dont disposent les hommes chaque soir. Ces places stables répondent au principe de continuité de l'hébergement, ce qui implique que la durée de l'accueil y soit indéterminée³.

Contrairement à mon idée de départ, la négociation de l'accès au foyer du père Virgile ne fut pas si évidente. En effet, le directeur général d'Envol a initialement souhaité m'orienter vers l'étude des Lits d'accueil médicalisé (LAM)⁴, ce projet étant valorisant pour l'association, davantage que le foyer du père Virgile qui est un vieil établissement, souvent stigmatisé. Ces phases de négociations sont éclairantes, car elles « peuvent apprendre beaucoup sur le fonctionnement de l'institution observée, avant même les observations qu'elles rendent possibles » (Darmon, 2005, p. 99). En cela, ces négociations m'ont avertie sur la désuétude du

¹ Il s'agit d'une petite chambre composée uniquement d'un lit et d'une armoire, fermée par une cloison ouverte en haut et en bas.

² Plus de détails seront apportés au chapitre 10.

³ Centre d'hébergement d'urgence (CHU), ministère chargé du Logement, Cerema climat et territoires de demain. En ligne : https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/11_fiche_pratique-les_centres_d-hebergement_d-urgence_chu_-mai_2021_cle2b761a.pdf. Consulté le 17 avril 2023.

⁴ Pour plus de détails, voir l'annexe 1.

foyer du père Virgile, sur laquelle je reviendrai dans la première section. Malgré cette tentative de réorientation, je suis parvenue à justifier l'intérêt de mener des observations au sein du foyer du père Virgile, à la condition de garder une attache avec le pôle santé mettant en place les LAM.

J'ai donc réalisé les deux premières semaines de terrain au sein du pôle santé de l'association, située à quelques kilomètres du FPV. Le récit de la matinée passée avec Christophe en introduction s'insère dans ce cadre. Il ne s'agit pas d'un centre d'hébergement mais d'un pôle, composé de professionnels mobiles, soignants et sociaux, menant différentes actions d'accompagnement en lien avec la santé de personnes en situation de grande précarité. Par le biais des professionnels de ce service, j'ai alors été amenée à me rendre dans plusieurs centres d'hébergement et j'ai ainsi pu commencer à me présenter comme doctorante à différents endroits. Pendant ces premières semaines, l'association a reçu une réponse positive pour le financement des LAM de la part de l'agence régionale de santé (ARS). Alors, durant toute la durée du terrain qui s'est déroulé au cumulé sur plus de 13 mois, j'ai suivi les étapes de la mise en place de ce nouveau dispositif jusqu'à y passer trois semaines à son ouverture¹. Durant toute cette période, j'ai gardé un contact important avec le pôle santé en me rendant régulièrement à ses différentes réunions, même lors de mes phases d'immersion dans les centres d'hébergement. Passé ces deux semaines au sein du pôle santé, j'ai commencé les observations au sein du foyer du père Virgile au début du mois de décembre 2018. J'y suis restée quatre mois, à raison de trois à quatre jours par semaine.

2. *L'ethnographie en escalier*

Suite à ce terrain, j'ai fait le constat évident que mes deux terrains précédents, le FPV, et la SRAS (en master) ne s'adressaient qu'à des hommes. Or, si les femmes sans-abri sont moins nombreuses que les hommes, elles constituent tout de même une part non négligeable de cette population. J'ai alors fait le choix d'observer pendant deux mois le fonctionnement du centre d'hébergement dédié aux femmes et aux enfants de l'association Envol, au sein de la Résidence des Peupliers. Cet établissement est la fois un CHU et un CHRS, c'est-à-dire qu'il réalise de l'accueil d'urgence et de l'hébergement d'insertion.

Les CHRS sont des établissements, collectifs ou diffus, garantissant un hébergement et un accompagnement social. Dans les centres d'hébergement collectif, les personnes disposent

¹ Voir le détail des durées des terrains en annexe 2.

d'une chambre personnelle, parfois pourvue de sanitaire, voire d'une kitchenette individuelle. À l'image des CHU, les CHRS proposent différentes prestations, variables selon les établissements : infirmerie, laverie, soutien psychologique, accueil d'enfants¹, salle informatique, activités éducatives, etc. Les CHRS proposent un accueil durable, de six mois renouvelable. Si certains accueillis sont parfois hébergés plusieurs années dans ces établissements, les CHRS sont pensés comme des établissements visant l'insertion des personnes accueillies. Un projet personnalisé est réalisé avec les usagers, et un suivi socio-éducatif y est mis en place. L'accès en CHRS est conditionné au passage du dossier du demandeur par une commission gérée par le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), qui arbitre les demandes d'hébergement. Généralement, les personnes proviennent des CHU, le parcours classique de l'hébergement étant pensé sur le modèle d'un « escalier » (Gardella, 2014a). Outre les CHRS d'insertion, il existe des CHRS dits de « stabilisation », à l'image de la SRAS, qui accueillent un public plus éloigné de l'insertion².

Le centre d'hébergement pour femmes se compose à la fois de places dédiées à l'accueil d'urgence, et d'autres destinées à l'accueil en CHRS d'insertion. À l'image de nombreux établissements du monde de l'assistance, ce centre d'hébergement cumule donc les dispositifs en son sein. De surcroît, il dispose de places d'hébergement en CHRS diffus, dans des appartements dispersés dans la ville. Je me suis alors rendue dans cet établissement destiné aux femmes seules et aux femmes avec enfants³ à raison d'environ quatre jours par semaine, et ce durant huit semaines, en naviguant entre ses différents sous-dispositifs et les professionnels qui en ont la charge.

Après avoir passé ces moments au centre d'hébergement pour femmes, j'ai fait le choix de m'intéresser à un CHRS spécifiquement dédié à l'insertion. Il me semblait en effet intéressant de reproduire par l'enquête la logique de l'hébergement en escalier. Ayant commencé par l'accueil d'urgence à Virgile, je me suis progressivement tournée vers des dispositifs dédiés à l'insertion. J'ai en ce sens suivi le parcours des hébergés tel qu'il est institutionnellement pensé, ce qui a favorisé la compréhension située de ce fonctionnement.

Envol dispose de deux CHRS d'insertion masculins, l'un étant jumelé au centre d'hébergement pour femmes et accolé aux bâtiments centraux de l'association – la Résidence des Peupliers –, l'autre étant situé à la périphérie de la ville. J'ai choisi d'étudier le CHRS plus

¹ Le centre d'hébergement pour femmes d'Envol propose un service de garde d'enfants le matin.

² Plus de détails seront apportés sur les CHRS de stabilisation au chapitre 4.

³ Quatre places permettent l'accueil d'hommes avec leur conjointe et leurs enfants.

éloigné, le CHRS des Rivières, car il s'est avéré que les LAM, dont j'ai évoqué la création plus haut, s'y installaient pour une période transitoire. Le CHRS des Rivières était relativement éloigné des problématiques de santé, proposant un accueil pour les jeunes hommes de moins de 30 ans et les hommes sortants de détention. Étant davantage spécialisé sur les enjeux autour de la justice que sur les enjeux autour de la santé, il me semblait intéressant d'aller étudier son fonctionnement dans sa rencontre avec un dispositif médicalisé. En outre, le CHRS des Rivières est considéré comme un établissement de qualité, tant par les accompagnements menés que par les prestations du bâtiment. Les professionnels de l'association m'ont à de nombreuses reprises conseillé d'aller observer son fonctionnement. Curieuse de regarder ce que l'on souhaitait me donner à voir, j'ai donc fait le choix de m'y rendre. J'y ai alors retrouvé plusieurs hébergés qui se trouvaient à Virgile en même temps que moi et qui avaient pu accéder à ce CHRS entre-temps. Appliquer ce modèle de l'escalier dans l'enquête m'a alors permis de mieux saisir les parcours institutionnels des hébergés.

Je suis restée huit semaines dans le CHRS pour hommes des Rivières. Durant les premières semaines, je me suis concentrée sur la partie CHRS, avec les professionnels sociaux. J'ai ainsi pu saisir dans le détail les représentations, aspirations et réticences face à l'arrivée de ce nouveau dispositif dans leur bâtiment, impliquant la présence de soignants et de malades au quotidien. Les premiers professionnels et usagers des LAM sont arrivés lors de ma quatrième semaine de présence dans l'établissement. J'ai alors commencé à alterner mes journées entre le CHRS et les LAM, les bureaux de ces deux services donnant sur le même couloir. J'ai progressivement passé plus de temps sur le dispositif des LAM, assistant aux soins, briefings et réunions plusieurs jours par semaine pendant ce premier mois de fonctionnement. La confiance acquise avec les professionnels du CHRS m'a permis de recueillir leurs ressentis et expériences face à cette rencontre, même en étant moins présente à leurs côtés. Il en fut de même avec certains hébergés. Sur les LAM, j'ai de nouveau retrouvé des hébergés que je connaissais auparavant, notamment de la SRAS et de Virgile. Ce suivi dans la durée fut précieux pour la relation de confiance tissée sur le long terme. En outre, cette interconnaissance préalable a rendu mon intégration plus rapide, ces hébergés normalisant ma présence en expliquant parfois eux-mêmes aux autres accueillis l'objet de mon travail. Ils se sont ainsi révélés être des alliés importants de l'enquête.

3. *Les matériaux complémentaires*

Parallèlement à ces terrains principaux au sein de l'association Envol, j'ai accédé à des scènes complémentaires¹. J'ai notamment observé douze commissions d'admission en CHRS, et cinq en pension de famille, gérées par le SIAO. Ces instances mensuelles, qui durent toute la journée concernant l'admission en CHRS, rassemblent des professionnels et chefs de service de l'ensemble des centres d'hébergement de l'agglomération. Ma présence lors de ces journées fut doublement intéressante : à la fois sur le fond, concernant les enjeux de triage des demandeurs d'hébergement, mais également pour être informée des actualités concernant le monde de l'assistance. En effet, ces réunions sont des moments forts d'échanges entre professionnels issus d'associations différentes. L'intégration dans cette instance m'a permis de connaître les fonctionnements d'autres établissements, d'appréhender les mouvements professionnels des travailleurs sociaux dans le secteur, mais aussi de m'enquérir de certaines situations de sans-abri, sur lesquels échangent les professionnels de manière informelle durant ces journées. Au-delà de ces commissions, j'ai assisté à d'autres réunions interassociatives, dont je précise le détail dans l'annexe 2. Aussi, si Envol demeure l'ancrage de ma recherche, j'ai tenu, par l'enquête, à situer cette association dans un univers associatif local interconnecté.

Outre les commissions et réunions, j'ai également mené des observations complémentaires dans d'autres lieux, notamment trois journées dans le CHRS rural de l'association Envol, les Érables. J'ai également passé une journée au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital de la ville, dont les hébergés sollicitent souvent les services. En outre, j'ai passé une journée au sein du gymnase ouvert lors du plan grand froid, et une demi-journée dans un accueil de jour, dans un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), qui accueille des sans-abri durant la journée.

4. *Confinement et « désengagement ethnographique² »*

La dernière étape constitutive de ce travail ethnographique est celle de la sortie du terrain. L'effet de saturation, tant recherché par l'ethnographe, ne m'a pourtant pas sauté aux yeux (Glaser, Strauss, 1967). Changeant assez régulièrement d'établissement, je peinais à constater des récurrences. En outre, le plaisir de l'enquête de terrain me donnait l'envie de

¹ Voir le détail dans l'annexe 2.

² Debonneville Julien, 2017, « La « sortie de terrain » à l'épreuve de l'ethnographie multi-site », *SociologieS*.

continuer, même s'il durait déjà depuis plus d'un an. Cependant, au-delà de l'effet de saturation, ce sont souvent des « contraintes objectives » (Debonneville, 2017) qui marquent la sortie du terrain. La contrainte exercée par le confinement de mars 2020 a considérablement orienté la fin de l'enquête. Si je n'étais pas engagée dans l'observation d'un établissement en particulier, je projetais de continuer de fréquenter l'association régulièrement, voire de m'insérer dans le quotidien d'un nouvel établissement. Toutefois, la mise au propre et la relecture des données recueillies m'ont permis de commencer à percevoir certaines répétitions. D'une accumulation de situations particulières, « *a priori* rebelles à toutes formes de totalisation » (Giuliani, 2013, p. 26), j'ai alors pu commencer à repérer certaines récurrences permettant la montée en généralité.

Malgré une distance physique strictement imposée par le confinement, la sortie d'un terrain ethnographique reste en réalité quelque chose de processuel. J'ai échangé des mails, des SMS et des appels téléphoniques avec plusieurs professionnels durant le confinement. Par la suite, j'ai eu l'occasion de revoir de nombreux professionnels en assistant à des réunions ou encore à des événements ponctuels. J'ai notamment pu assister à la projection d'un long métrage réalisé au foyer du père Virgile, ainsi qu'à une journée d'étude sur le travail partenarial. Je suis également retournée au sein des établissements à différentes occasions, cela me permettant de maintenir un lien avec les enquêtés et de les tenir informés de mes propres avancées. Ces liens qui demeurent par-delà l'enquête soulignent ainsi que quitter physiquement le terrain ne signifie pas cesser définitivement le recueil des données.

Il reste que cette sortie du terrain m'a paru brutale. Ces circonstances m'ont renvoyée à une position d'imposteur en tant que sociologue, confrontée au privilège de ma position, à domicile, tout en sachant combien le quotidien des personnes avec qui j'avais partagé de nombreux moments ces derniers mois se trouvait chamboulé du jour au lendemain. Le « désengagement ethnographique » écrit Julien Debonneville, est bien un bon révélateur des « implications émotionnelles (positives ou négatives) qui se sont jouées sur le terrain » (Debonneville, 2017). En l'occurrence, mon fort attachement émotionnel au terrain s'est fait ressentir. Plus encore, les multiples effets engendrés par la crise sanitaire et le confinement sur le terrain me semblaient faire partie intégrante de mon sujet. Néanmoins, du fait de l'antériorité

du déroulement de l'enquête de terrain, les analyses n'ont pu prendre en compte les aspects de la prise en charge de la santé spécifiquement liés à la Covid-19¹.

III. Les outils de l'ethnographie

1. Les observations

La démarche ethnographique accorde classiquement une place centrale aux observations, comme c'est le cas dans cette recherche. Permettant de saisir « ce qui va sans dire » (Chauvin, Jounin, 2012, p. 145), l'observation constitue la méthode reine de l'ethnographie.

Afin d'optimiser mon intégration et d'observer des moments institutionnels variés, j'ai tenu à venir sur le terrain sur des horaires étendus, y compris tôt le matin et tard le soir. Contrairement à la SRAS, j'ai rapidement compris que les hébergés étaient souvent absents le jour des centres d'hébergement. C'est particulièrement vrai au FPV où l'établissement est fermé pendant la journée², mais aussi au CHRS des Rivières, où une part importante des hébergés travaillent le jour³. Venir le matin et le soir, mais aussi les week-ends et jours fériés a alors permis de saisir des moments divers de la vie institutionnelle et d'optimiser les occasions d'échanges avec les hébergés. Concrètement, j'ai donc réalisé des temps d'observation à peu près sur le même modèle que les professionnels : 7h-14h, ou 14h-22h30, même si les horaires varient sensiblement d'un établissement à l'autre.

Ma présence aux mêmes amplitudes horaires que les travailleurs sociaux a été un gage important de mon intégration, crédibilisant mon intention de comprendre le travail tel qu'il s'effectue réellement. En outre, ma connaissance préalable du milieu m'a permis de m'enquérir rapidement de l'organisation de la convivialité dans les équipes, notamment en participant à l'achat du café ou encore en ramenant des gâteaux de temps en temps. Si ces éléments sur la convivialité peuvent paraître triviaux, ils ont en réalité grandement favorisé mon intégration. Aussi, comme je l'avais repéré durant mon master, mon statut antérieur d'éducatrice spécialisée a constitué un passeport très efficace me permettant d'accéder rapidement à de nombreuses scènes du monde de l'assistance. Patrick Bruneteaux, en réalisant également des observations

¹ Sur ce point, je renvoie au travail de Marine Maurin, Pascale Pichon, Gabriel Uribelarrea, Cédric Verbeck et Lola Vives mené sur cette période d'épidémie (Maurin et al., 2022).

² L'établissement ferme vers 10 heures, et réouvre à 17h30. Ces horaires varient légèrement selon les saisons. Certains hébergés sont toutefois autorisés à « rester en journée » (voir chapitre 10).

³ Environ un tiers des sans-domicile ont une activité professionnelle (Brousse, Marpsat, Firdion, 2008).

dans les centres d'hébergement, a pointé qu'il lui fut impossible d'accéder à l'observation des entretiens individuels ou encore aux rendez-vous médicaux des sans-abri accompagnés par des travailleurs sociaux (Bruneteaux, 2018). Grâce à ce passeport, j'ai pu avoir accès à ces interactions, mais aussi aux cahiers de liaison des équipes ou encore aux dossiers personnalisés des hébergés. À de nombreuses reprises sur le terrain, il m'a d'ailleurs été rappelé que l'accès à ces scènes était précisément dû au fait que j'étais diplômée éducatrice spécialisée et donc détentrice d'un mandat professionnel légitime. Une forme de confiance m'a ainsi été attribuée en raison de ce diplôme, assurant d'une certaine manière les professionnels de ma bonne compréhension et interprétation de ce qui m'était donné à voir.

Auprès des hébergés, les observations se sont révélées elles aussi particulièrement éclairantes. S'en tenir à la seule réalisation d'entretiens aurait sans doute contribué à collecter un discours institutionnel attendu, ce que l'observation a tenté de déjouer. Les observations ont eu l'avantage de permettre de recueillir les ressentis des hébergés sur l'instant, par exemple lors d'un atelier de sophrologie (voir chapitre 9), ou à l'issue de rendez-vous médicaux. En outre, elles ont permis de saisir les pratiques des sans-abri sur leur santé, concernant par exemple la manière dont ils prennent ou non le traitement qui leur est distribué.

Toutes ces observations, pour garantir leur intérêt, ont été retranscrites. Il fut toutefois complexe de prendre des notes directement durant mes journées d'observation. Alors que les professionnels eux-mêmes écrivent peu, une prise de notes trop récurrente et visible aurait pu susciter la méfiance et un sentiment de contrôle (Arborio, 1996). Aussi, j'ai plutôt procédé à l'écriture de brèves « notes repères » (Arborio, Fournier, 2008, p. 54) dans mon carnet de terrain et sur mon téléphone portable, en écrivant par mots clés les événements importants survenus ainsi que les verbatims marquants (Chauvin, Jounin, 2012). Des prises de notes plus visibles ont été réalisées lors des réunions, où l'acte d'écriture est davantage normalisé. En m'appuyant sur ces notes repères, les journées de terrain ont toutes été scrupuleusement retranscrites, le jour même ou le lendemain. J'ai pris soin d'éviter de retourner sur le terrain avant d'avoir retranscrit la dernière séquence, pour me prémunir du risque de confusion dans les retranscriptions. Aussi, le choix de réaliser en moyenne trois à quatre journées d'observation par semaine – et pas plus – visait à préserver du temps pour rédiger ces comptes rendus d'observation, qui me semblait être une condition *sine qua non* de l'objectivation de l'enquête. 500 pages de notes d'observation au total ont ainsi été rédigées.

2. *Les entretiens semi-directifs*

En complément des observations, 56 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les enquêtés durant la thèse, avec des hébergés et des professionnels. Pour ce faire, j'ai eu recours à des guides d'entretien qui ont évolué au fur et à mesure de l'enquête (Barbot, 2012). Ceux-ci ont surtout été pensés comme une clarification des thématiques à aborder avec les enquêtés, avec le souci de ne pas en faire un support trop directif (Barbot, 2012).

31 ont été réalisés avec des professionnels durant la thèse¹. 21 autres ont été réalisés lors du master et seront également mobilisés dans l'analyse. Comme l'indique Janine Barbot, il n'est pas possible ni souhaitable de préétablir le nombre et le profil des interviewés dans le cadre d'une démarche inductive. Comme elle le conseille, j'ai tenté d'appliquer le principe de « l'échantillonnage théorique » (Barbot, 2012, p. 117) qui ne consiste pas à chercher la représentativité, mais plutôt la recherche de « situations contrastées » (Barbot, 2012, p. 117). J'ai ainsi souhaité mener des entretiens avec des profils de professionnels variés quant à leur diplôme et leur ancienneté notamment. J'ai également effectué, à trois reprises, des entretiens avec des binômes de travail, présentant l'intérêt de constater des similitudes et des divergences de points de vue en interaction. Parmi ces entretiens menés, 13 entretiens l'ont été avec des professionnels non salariés de l'association durant le master et la thèse. Il s'agit notamment de soignants partenaires des établissements, de travailleurs sociaux exerçant dans d'autres associations ou étant à la retraite. En outre, deux entretiens ont été menés avec des membres du conseil d'administration d'Envol.

Les entretiens avec les professionnels se sont majoritairement déroulés à la fin des séquences d'observation dans les établissements, afin de pouvoir revenir durant l'échange sur des situations passées et ayant pu être observées. Ayant alors noué une relation de confiance en amont avec ces professionnels, je n'ai eu aucun refus à mes demandes d'entretien. Au contraire, la non-sollicitation de certains professionnels a parfois été appréhendée comme un manque de considération de ma part. En très grande majorité, ces entretiens ont eu lieu pendant les temps de travail des professionnels, au sein de l'établissement². En moyenne, ils ont duré un peu plus d'une heure, intervalle correspondant globalement au temps professionnel qu'il leur était possible de dégager. Les entretiens ont tous été enregistrés et intégralement retranscrits.

¹ Voir le détail dans l'annexe 3.

² Pour trois personnes, les entretiens ont eu lieu au domicile des interviewés. Il s'agit d'un infirmier de l'association retraité et des deux membres du conseil d'administration de l'association.

Pour initier l'entretien, je demandais aux professionnels de me parler de leurs trajectoires et de la manière dont ils sont entrés dans l'établissement. Après avoir abordé la question du parcours et de la formation, j'abordais plusieurs sujets, notamment la question du public et de son évolution, celle du rapport au travail, le sujet de l'accompagnement de la santé ainsi que le travail avec les soignants. Sans déroulé précis, j'encourageais les professionnels à me livrer des anecdotes et des situations concrètes de travail. Tout l'intérêt, explique Bernard Lahire, est de « faire parler les enquêtés de situations pratiques plutôt que de leur demander de "livrer leurs représentations" » (Lahire, 2007, p. 159). À l'issue de ces entretiens, j'ai souvent reçu des retours positifs sur ces échanges. Beaucoup m'ont dit avoir apprécié de s'exprimer au sujet de leur travail, n'en ayant pour certains que peu l'occasion. Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot expliquent ainsi que l'écoute attentive constitue parfois le « contre don apprécié du don de la parole de l'enquêté » (Pinçon, Pinçon-Charlot, 2019 [1997], p. 50).

En parallèle, j'ai également réalisé des entretiens avec les hébergés des établissements. 25 ont été menés durant la thèse. Des entretiens avaient aussi été réalisés durant le master, mais leur qualité insuffisante fait qu'à l'exception d'un seul, ils ne seront pas utilisés dans la thèse. Les durées de ces échanges avec les hébergés sont extrêmement variées, allant de vingt minutes à trois heures. Sur ces 25 entretiens, sept ont été réalisés avec des femmes.

L'intérêt de mener des entretiens semi-directifs auprès des sans-abri ne fait pas l'unanimité dans le milieu académique. Patrick Bruneteaux écrit ainsi : « je me suis rendu compte qu'ils étaient d'une grande violence avec des gens qui décomptaient leurs souffrances, leurs manques, leurs échecs. Soit l'enquêté refusait, soit il s'arrêtait en cours de route, soit il pleurait, soit il se protégeait avec des histoires fictives » (Bruneteaux, 2018, p. 45). Corinne Lanzarini pointe par ailleurs que l'onirisme social – le récit de soi fantasmé – est accentué par la situation d'entretien (Lanzarini, 2000). À ces difficultés se conjugue à mon sens le risque que cet exercice sociologique soit assimilé à un entretien de travail social, que ces personnes ne connaissent que trop bien. Ma connaissance préalable de ce type d'entretiens me semble toutefois avoir justement permis de mieux m'en distancier, en évitant par exemple de commencer l'échange par le récit de la trajectoire de la personne, qui est usuel au sein du travail social.

Les discussions informelles initiées en amont avec les hébergés ont orienté mon choix de mener des entretiens auprès d'eux, les considérant comme un prolongement à ces échanges. Les entretiens enregistrés ne se suffisent pas à eux-mêmes et s'inscrivent alors dans un continuum d'échanges informels. En menant ces entretiens, je me suis également aperçue

qu'au-delà de la violence symbolique qu'ils pouvaient représenter, ce cadre relativement formel donnait aussi de la valeur et de la reconnaissance à leur discours. À quelques occasions, les hébergés sont d'eux-mêmes venus me voir pour me demander un entretien. De plus, ma propre expérience d'éducatrice spécialisée me semble avoir constitué une ressource dans la réalisation de ces entretiens, bien que j'aie tenté de m'éloigner le plus possible de ce modèle de référence. Ma capacité à faire face aux émotions parfois vives des hébergés et à réagir par une posture soutenante et empathique, à laquelle j'ai été socialisée professionnellement, m'a servi pour mener ces entretiens sociologiques. Comme l'indique Stéphanie Boujut, la gestion des émotions constitue une compétence professionnelle des travailleurs sociaux (Boujut, 2005), qui s'avère à certains égards pouvoir être utile au sociologue. Aussi, cette socialisation professionnelle à l'écoute m'a permis de rendre audibles des récits parfois éprouvants.

Malgré tout, la difficulté de la réalisation de ces entretiens doit être prise au sérieux. Contrairement à mes sollicitations auprès des professionnels, de nombreux hébergés ont refusé mes demandes d'entretiens, notamment ceux avec lesquels j'avais noué peu de liens. De fait, les entretiens ont en majorité été réalisés avec des personnes installées et intégrées dans les établissements, car il fut complexe de les mener avec des sans-abri non stabilisés dans les hébergements. De surcroît, les entretiens avec les personnes non francophones ont également été limités, en raison de la barrière linguistique.

La réalisation d'entretiens avec des personnes étiquetées par les travailleurs sociaux comme ayant des problématiques psychiatriques pose également question (Henckes, Marquis, 2020). Nicolas Henckes et Nicolas Marquis précisent que ne pas tenir compte de cette réalité et considérer les pathologies uniquement comme des étiquetages n'ayant aucun effet sur l'enquête n'est pas une solution tenable (Henckes, Marquis, 2020). Cependant, se priver du discours de ces personnes en postulant de leur préalable incohérence n'était pas non plus envisageable dans cette recherche. Serge Paugam, ayant également mené des entretiens auprès de personnes en situation de pauvreté, précise qu'il est possible de contourner ces biais en analysant la production du discours comme un objet de l'analyse : « La question la plus importante dans ce cas n'est plus de savoir si les propos exprimés par l'interviewé sont exacts, mais de pouvoir les interpréter sociologiquement comme un mode d'expression en situation de grande précarité ou encore une forme de résistance au stigmaté [...]. Le travail sociologique consiste d'ailleurs moins à vérifier l'authenticité des faits qu'à analyser les logiques sociales de la production de sens. » (Paugam, 2008, p. 91-93). L'objectif, comme d'ailleurs avec l'ensemble des interviewés, ne fut alors pas tant d'obtenir la vérité sur leurs parcours et expériences, mais de

tenir compte de l'univers de sens dans lequel ils évoluent. De ce fait, je n'ai pas présélectionné des hébergés qui me semblaient *a priori* disposer de capacités à parler d'eux-mêmes avec cohérence et sincérité, mais j'ai plutôt choisi de m'entretenir avec une diversité d'hébergés, aux profils variés. En conséquence, une partie des entretiens s'avèrent peu mobilisables dans les analyses de la thèse, en raison de la faible cohérence de certains propos. Il aurait été cependant impossible d'anticiper les échanges inexploitablement, certains entretiens réalisés avec des hébergés étiquetés comme des « cas psy » s'étant au final révélés particulièrement riches.

Le contenu des entretiens menés fut très peu directif, l'idée de ces échanges étant de revenir globalement sur leur rapport aux soins et à la santé. Généralement, les entretiens ont eu lieu dans des bureaux de l'établissement, tout en évitant le bureau principal des travailleurs sociaux qui me semblait trop connoté. En m'adaptant aux souhaits des hébergés, j'en ai également réalisé dans leur chambre, dans des salles d'activités, ou encore dans les réfectoires des établissements. Au centre d'hébergement pour femmes, j'ai eu la chance de pouvoir en mener dans un chalet, implanté dans la cour de l'établissement. Malgré ces adaptations, la réalisation de ces entretiens dans ces espaces institutionnels constitue un biais à considérer.

Pour l'ensemble des enquêtés, professionnels comme hébergés, l'exercice de l'entretien a pu être perçu comme impressionnant au départ, témoignant de l'inscription de cet échange particulier dans des rapports de domination plus larges. Certains et certaines, sollicités dans ce cadre, ne se sentaient ainsi pas légitimes à me répondre : « *tu sais, moi je ne sais pas si j'ai grand-chose à te dire* », a pu me dire une éducatrice. Pour atténuer la violence symbolique de l'entretien, j'ai essayé d'en faire un moment convivial en allant, par exemple, chercher deux cafés au distributeur. Par ailleurs, je prenais le temps en amont de bien expliquer en quoi allait consister cet échange : il s'agirait essentiellement d'une discussion, sans bonnes ou mauvaises réponses attendues, visant avant tout à échanger au sujet de leurs expériences, sans jugement de valeur. De surcroît, j'insistais, aussi bien auprès des professionnels que des hébergés, sur le fait que cet entretien m'aiderait dans ma recherche. Ainsi, l'entretien était présenté comme utile avant tout pour moi et plaçait les enquêtés en position de don. D'ailleurs, les hébergés ont souvent souhaité eux-mêmes m'offrir un café avant de commencer, ce qui marque en partie la réussite de l'inversion que je souhaitais pour la réalisation de cet entretien. Janine Barbot indique qu'une des manières de réussir l'entretien ethnographique consiste en effet à devenir l'invité de l'enquêté (Barbot, 2012). Plus encore, certains hébergés m'ont demandé des services en échange de la réalisation de cet entretien, comme résoudre un problème de téléphone par

exemple. Cela montre bien la perception par les enquêtés du fait qu'ils étaient dans une démarche de don, et qu'ils étaient donc éligibles à un contre-don.

3. *Les archives*

Parallèlement aux observations et aux entretiens, j'ai conduit une analyse des archives de l'association. Plus qu'une méthode, les archives sont un type de documents (Israël, 2012). Concernant mon sujet, les archives sont des documents divers : il s'agit à la fois des dossiers personnalisés des hébergés, des rapports d'activités de l'association, ou encore des cahiers de liaison des animateurs. On peut scinder en deux le type d'archives mobilisées dans cette recherche, avec d'un côté les archives vivantes (Béliard et Biland, 2008), qui correspondent à des documents dont l'usage est actuel et de l'autre des archives « mortes » (Vuattoux, 2016), composées de documents classés.

L'intérêt des archives vivantes, lorsque leur recueil est combiné à un travail d'observation, est de saisir ce qui fait office d'information notable, nécessitant d'être consignée par une trace écrite. En ce sens, la lecture des cahiers de liaison lors de chaque journée de terrain s'est avérée intéressante, me permettant à la fois de m'enquérir des actualités de l'établissement et de porter une attention à la sélection des informations estimées importantes. J'ai également eu accès aux dossiers personnalisés des hébergés à la SRAS et au CHRS des Rivières. Perpétuant des conseils reçus en formation de travail social, j'ai tenu à ne pas prendre connaissance trop vite de ces documents, afin de ne pas orienter ma vision des hébergés.

Parallèlement à ces archives vivantes, il me semblait indispensable de recueillir des données historiques sur l'association afin de saisir le temps long de la problématique abordée dans la thèse. Bernard Lahire rappelle en effet que l'ambition constructiviste du sociologue ne peut s'accomplir qu'en prenant en compte les enjeux du passé (Lahire, 2007). Pour ce faire, j'ai sollicité l'accès aux documents d'archives de l'association, ce qui a été obtenu sans difficulté. J'ai alors consulté et pris en notes pendant plusieurs jours les documents d'archives, et notamment les rapports d'activité de l'association depuis 1973. Toutes les années n'étant pas consignées, j'ai dû composer avec le manque, ce qui est une caractéristique incontournable du travail sur archives. Pour dépasser en partie ce biais, j'ai souhaité accéder aux placards à archives dont disposent certains établissements, comme la SRAS et Virgile. J'ai alors pu consulter des documents complémentaires, comme des documents de presse du début du XX^e siècle sur le foyer du père Virgile, un cahier de liaison des années 1980, ou encore un mémoire d'éducateur spécialisé de 1987. Ces documents ont contribué à mettre davantage

l'histoire associative en mouvement et en pratique, les rapports d'activité présentant le biais majeur de dépeindre une vision institutionnelle vouée à être visible de l'année écoulée.

Liora Israël explique que les archives ne livrent pas le réel : « elle ne fait preuve à elle seule, elle ne "parle" pas, n'avoue pas » (Israël, 2012, p. 179). À l'instar de l'ensemble des matériaux collectés, ceux-ci n'ont de pertinence que parce qu'ils s'intègrent dans une démarche d'enquête plurielle et réflexive. Il est alors nécessaire de s'attarder sur ce que la conservation ou non des archives dit du rapport au passé et à la trace de l'association. Par exemple, il apparaît que les cahiers de liaison n'ont que très peu été conservés dans les établissements, alors même qu'ils auraient constitué des informations intéressantes sur les pratiques de travail au cours de l'histoire associative. Néanmoins, la faible conservation de ces documents de travail témoigne du rapport peu légitime qu'entretient le travail social à l'écrit (Serre, 2008).

IV. S'intégrer auprès des professionnels et des hébergés

Passé la présentation des outils de l'ethnographie, il convient maintenant de détailler la manière dont je me suis intégrée et dont j'ai participé au terrain enquêté. L'objectif de cette recherche était de saisir le point de vue des professionnels, ainsi que celui des hébergés. C'est ce que Sylvie Fainzang propose, en développant une « "empathie ethnologique" à l'égard des deux parties, sans choisir d'endosser le discours de l'une plutôt que celui de l'autre, tous deux considérés comme valides, avec leurs raisons et leurs logiques propres » (Fainzang, 2006, p. 9). L'intérêt est ainsi d'accéder à l'univers de sens des différents acteurs pour saisir la pluralité des dimensions d'une question. L'adoption de cette posture, fût-elle intéressante pour la recherche, n'en reste pas moins délicate à porter, d'autant que ma socialisation en tant que travailleuse sociale m'associait implicitement à l'univers des professionnels.

1. « T'inquiète, Chloé elle dira rien » : gagner la confiance des hébergés

Pour tenter d'accéder aux « mondes vécus » des hébergés (Lemercier, 2023), j'ai dû me distinguer dans ma posture de celle d'une éducatrice afin de pouvoir recueillir des données s'éloignant de la production d'un discours codifié par des normes institutionnelles. J'ai alors, et de manière constante, refusé d'adopter une posture normalisatrice auprès des hébergés. La consommation de tabac à l'intérieur des locaux est éclairante sur ce point. Dans mes notes d'observation des premières semaines à Virgile, je remarque que les hébergés sortent lorsque j'arrive dans une pièce et qu'ils sont en train de fumer. Les encadrants sont assez stricts sur ce point et de nombreux hébergés ont eu des sanctions par le non-respect de cette règle. Le fait de

sortir était un signe qu'ils m'appréhendaient comme une encadrante, susceptible d'initier une sanction. Avec le temps, et en ne réagissant volontairement jamais sur cela, les hébergés ont commencé à changer d'attitude. Plusieurs fois, et notamment les week-ends, ils me proposaient de faire des jeux de société. Au début, les joueurs sortaient fumer. Puis, ils laissaient simplement une fenêtre ouverte. Enfin, voyant que je ne disais rien, les joueurs ont ensuite fumé dans la pièce. Suite à cela, j'ai observé une plus grande confiance à mon égard de la plupart d'entre eux. Lorsque j'entrais dans les pièces, ils ne sortaient plus. Un jour, prenant un café avec deux accueillis, l'un a lancé qu'il fumerait bien une cigarette. Le second lui a alors répondu : « *oh bah on peut fumer là, t'inquiète, Chloé elle dira rien* ». Au-delà de la consommation de tabac, on m'a aussi expliqué comment passer au-dessus de la grille de la porte d'entrée quand celle-ci est fermée, ou encore comment faire entrer des personnes extérieures – ce qui est interdit – durant les réunions hebdomadaires des professionnels. Le fait que des hébergés m'aient confié ces pratiques déviantes montre mon intégration – bien que largement partielle et imparfaite – à « l'univers des reclus » (Goffman, 1968 [1961], p. 55).

Pour obtenir cette confiance, le temps passé auprès des hébergés a joué un rôle majeur. Tous les jours en arrivant dans les établissements, j'ai pris le temps de discuter avec les hébergés présents. Sans m'en apercevoir initialement, cette posture m'a distinguée des travailleurs sociaux. N'étant pas prise par des impératifs de travail, je prenais le temps de prendre un café et de m'asseoir. Très souvent dans l'urgence, les encadrants n'adoptent que rarement cette posture assise et restent majoritairement debout. C'est d'ailleurs un hébergé lui-même qui me l'a fait remarquer : alors assise en face de Joseph, il m'explique apprécier ce que je fais, de « *faire le tour pour parler à tous les gens qui ont des problèmes* ». Lui demandant alors quelle différence il y a entre ce que je fais et ce que font les travailleurs sociaux, il me répond qu'elle se trouve dans le fait de m'asseoir auprès d'eux.

Comprenant la plus-value de cette position, je m'asseyais donc régulièrement sur les bancs ou chaises implicitement réservés aux hébergés, notamment à l'entrée des établissements où il y a souvent du passage et de l'attente. Par ce biais, je contribuais également à symétriser mes relations avec les hébergés en me situant physiquement à la même hauteur¹. J'ai néanmoins parfois été rappelée à l'ordre par certains hébergés quant à l'incongruité de cette posture. M'asseyant dans la salle de télévision, un accueilli m'a ainsi lancé que je n'avais pas le droit

¹ Se positionner physiquement à la même hauteur des personnes est une technique relationnelle souvent utilisée par les maraudeurs au sein du monde de l'assistance (Coulomb, 2018).

de m'asseoir ici. Il a alors fallu que je fasse preuve de patience pour gagner le droit d'être présente dans certains espaces seule. Les sourires et regards interloqués des professionnels lorsque j'étais assise à ces places témoignent également du fait que cette posture n'avait rien de naturel ; il a fallu que je la normalise progressivement. Néanmoins, cette position a contribué à instaurer une rupture avec celle d'une travailleuse sociale et a de ce fait participé à l'instauration de relations de confiance avec les hébergés.

Afin de me distinguer plus encore d'une posture professionnelle, j'ai fait le choix de vouvoyer les hébergés, ce qui peut paraître surprenant, le but étant de créer une proximité avec eux. Toutefois, les travailleurs sociaux tutoient tous les hébergés, même lorsqu'ils ne les connaissent que très peu. En les vouvoyant, sauf lorsqu'ils me demandaient de les tutoyer explicitement (ce qui a en fait été assez rare), j'ai souhaité marquer une considération différente à leur égard, plus qu'une distance¹. Lors des interactions impliquant des travailleurs sociaux et des hébergés, j'ai pris soin de rester neutre. Lorsque c'était possible durant les rendez-vous, je préférerais m'asseoir à côté de l'hébergé plutôt que du professionnel.

Mais au-delà du rôle que j'ai investi, c'est aussi le rôle que l'on m'a attribué qui a façonné ma posture. « Tout ethnographe sait d'expérience que ce qui normalise progressivement sa présence, c'est qu'on finit par lui attribuer une "case" », indique Olivier Schwartz (1993, p. 272). En l'occurrence, les hébergés m'ont souvent associée à une psychologue. C'est en effet un rôle qu'ils connaissent, car des psychologues se rendent fréquemment dans les centres d'hébergement. J'ai toujours pris soin de bien expliquer la différence de mon approche afin de ne pas entretenir une volontaire indistinction entre ces rôles. Il reste toutefois que cette case, circulant à mon égard dans les établissements, s'est avérée intéressante en ce qu'elle invitait les hébergés à se raconter.

Une part importante des hébergés rencontrés ont saisi mon intérêt pour les questions de santé, que je leur ai explicitées à plusieurs reprises². Certains m'ont alors quotidiennement rendu compte de leur sommeil ou encore de leur alimentation, sans que je n'aie besoin de leur demander. En outre, j'ai observé qu'en leur demandant comment ils allaient, j'obtenais progressivement des réponses différentes que celles qu'ils fournissaient à la même question aux travailleurs sociaux. J'ai d'ailleurs parfois eu connaissance de dégradations de l'état de santé d'hébergés sans que les professionnels ne le sachent. Samuel, hébergé à Virgile, m'a ainsi fait

¹ De mon côté, j'ai majoritairement été tutoyée par les hébergés ainsi que par les professionnels.

² Malgré mes explications répétées, il reste qu'une part non négligeable des hébergés n'ont pas bien saisi l'objet de ma présence.

part de ses nombreux vomissements et du fait qu'il ne souhaitait pas en parler à l'infirmière, car il présumait qu'elle allait lui dire de se rendre aux urgences. Les situations de ce type sont ambivalentes. D'un côté, elles sont riches d'enseignements sur le rapport aux soins que peuvent entretenir les hébergés et constituent donc des informations précieuses pour la recherche, mais de l'autre, avoir connaissance de ces éléments m'a inquiétée. Devais-je en parler aux professionnels, au risque d'impacter la confiance instaurée avec Samuel ? Face à ce dilemme, j'ai fait le choix de garder ces éléments pour moi, sauf dans des situations où la mise en danger m'a semblé manifeste, comme dans la situation suivante :

J'arrive à 6h50 aux LAM pour le staff médical. Julie [Infirmière diplômée d'État (IDE)] dit que Jimmy est complètement déprimé et épuisé. Lina [Accompagnante éducative et sociale (AES)] me dit que je pourrais peut-être passer le voir pour discuter un peu avec lui, car je le connais de la SRAS où il était auparavant hébergé. Il est arrivé sur les LAM il y a un peu plus d'une semaine. Je réponds que je ne sais pas si je vais pouvoir lui être utile, mais accepte [...]. Je vais voir Jimmy dans sa chambre. Il me dit ne pas du tout avoir le moral et fume une cigarette. Il me dit qu'il ne regarde même pas la télé, que ça ne l'intéresse pas, qu'il ne fait pas non plus son lit et qu'il s'en fout de tout. Il me dit ensuite qu'il va se foutre en l'air et mime le geste d'un pistolet visé sur sa tête à plusieurs reprises. Je suis déstabilisée, je n'ai jamais entendu Jimmy tenir de tels propos. Ne sachant pas vraiment comment réagir comme sociologue, je me sens redevenir éducatrice et lui demande s'il ne voit pas des éléments positifs à être désormais sur les LAM, et non plus à la SRAS. Il répond négativement et me dit s'ennuyer à mourir. Il aimerait retourner à la SRAS, ou partir en postcure à Chamonix où il est déjà allé. Il me parle ensuite de son parcours, que sa mère est devenue hémiplégique lorsqu'il avait 12 ans. Il m'explique avoir « *traîné dans la rue, volé des voitures* ». Il me dit qu'il a perdu un de ses frères d'une overdose. Il dit à nouveau qu'il va se foutre en l'air et se met à pleurer. Il est gêné et me dit que « *les garçons ne doivent pas pleurer* ». J'essaie de le rassurer tant bien que mal. Alors que Jimmy est sur son lit, j'alterne entre me tenir debout et m'accroupir pour être à sa hauteur. Je finis par lui demander s'il ne voudrait pas venir avec moi parler à quelqu'un, une infirmière, un médecin ou un psychologue. Il refuse et me dit ne vouloir parler à personne. Je lui dis que je suis inquiète pour lui et que je pense qu'il y a des choses intéressantes qui pourraient se faire pour lui sur les LAM. Il finit par sourire et me dire que je suis gentille. Je lui explique que mon inquiétude pour lui est trop grande pour que je n'en parle pas aux professionnels des LAM. Il me dit qu'il comprend, mais ne veut pas m'accompagner pour en parler. Je ressors de la chambre bouleversée et en parle à Alaina, infirmière. Elle me répond qu'il lui a dit exactement la même chose, et note un mot bref dans les transmissions médicales « *dit vouloir mourir* ».

Extrait des notes d'observation, vendredi 13 décembre 2019

Cet extrait des notes d'observation permet de souligner où j'ai mis le curseur de mon degré d'intervention concernant les situations problématiques. En l'occurrence, ma non-intervention s'est arrêtée lorsque la mise en danger des personnes me semblait tout à fait prégnante. Dans le même registre, je suis parfois intervenue dans des situations de violence engageant des professionnels et des hébergés, rompant alors ponctuellement avec l'idéal de neutralité que je m'étais fixé. Cette tension vient au final souligner certains biais de l'enquête, l'engagement dans une relation de confiance de part et d'autre présentant en effet des limites.

En outre, l'intégration auprès des femmes hébergées a été plus complexe qu'au sein des centres d'hébergement masculins. La configuration des lieux et les modes de vie différenciés des hommes et des femmes sans-abri ont largement joué sur ce point. En effet, de nombreux hommes au FPV, à la SRAS et au CHRS des Rivières stationnent dans l'établissement et investissent les espaces collectifs, comme la salle de télévision. Cela m'a permis d'aller aisément à leur rencontre. En revanche, les femmes sont nettement moins présentes dans les parties communes de l'établissement qui leur sont destinées. Les salles communes y sont d'ailleurs moins nombreuses et moins aménagées que celles qui ont été conçues pour les hommes. Les occasions d'échanges informels, qui ont facilité l'instauration de relations de confiance avec les hommes, ont donc été moindres avec les femmes. De surcroît, la présence d'enfants a restreint la disponibilité des femmes pour nos échanges. Si ma présence a été investie par certains hommes comme une manière de tuer le temps, les femmes sont pour certaines dans une logique temporelle plus tendue, laissant au final moins de temps pour ces échanges. Pour pallier cela, les moments de jeu des enfants dans la cour de l'établissement ont été investis comme des occasions propices pour tisser des relations avec elles. J'ai également mangé à plusieurs reprises avec des femmes hébergées dans la salle collective de l'établissement, alors que je mangeais habituellement avec les professionnels dans les centres d'hébergement masculins. Cela a abouti à ce qu'elles m'invitent à partager l'iftar, le repas de rupture du jeûne lors du ramadan. Si l'ethnographie a donc permis d'occuper le temps pour certains hommes, il m'a fallu saisir qu'elle devait au contraire se fondre dans les activités du quotidien pour les femmes, afin de ne pas rajouter de charge temporelle.

2. Une sociologue parmi les professionnels

Si l'intégration auprès des travailleurs sociaux et infirmières peut paraître évidente du fait de ma socialisation professionnelle, j'ai en réalité tout de même dû gagner la confiance de

ces enquêtés tout en évitant de me confondre avec eux. L'accès aux synthèses¹ notamment, qui fait partie du travail noble pour les travailleurs sociaux, ne m'a pas été autorisé d'office. J'ai dû attendre et passer plusieurs tests avant d'être conviée pour y participer. Par exemple, lors des premiers jours d'observation, les professionnels m'ont souvent raconté les pires situations qu'ils avaient pu vivre dans l'établissement, mêlant détails sordides et rires collectifs². J'ai alors eu la sensation de devoir réaffirmer mon intérêt à enquêter dans ces lieux, malgré la dureté qui m'était présentée.

Au-delà de la stabilité du discours sur mes intentions, c'est également dans les actes que j'ai dû manifester cet engagement dans l'enquête qu'il convenait de prouver aux professionnels. L'intégration au sein d'un terrain d'enquête ne saurait en effet aboutir sans une participation minimale de l'observateur (Schwartz, 1993). J'ai ainsi annoncé aux travailleurs sociaux que je ne souhaitais pas être un frein pour eux, ainsi que pour leur travail. Au quotidien, j'ai donc réalisé tout un ensemble de tâches *a priori* peu intéressantes pour la recherche, mais permettant de me rendre utile comme laver des tasses à café, faire des lits, des machines à laver, servir des repas, ou encore aider à des déménagements d'hébergés. Le fait d'avoir le permis de conduire a également facilité ma position d'observatrice, pouvant alors conduire les véhicules des services et faire gagner du temps pour certains rendez-vous. Ces tâches ont pour but d'« alléger sa présence par une bonne volonté, une inscription dans les temps du travail ou de l'organisation étudiée et dans les pratiques collectives du groupe observé » (Arborio, 2007, p. 30). Au-delà de la compensation du temps accordé au chercheur, ces moments furent également des temps riches de l'enquête. Ce fut le cas par exemple avec Théo, éducateur spécialisé de 35 ans au centre d'hébergement pour femmes.

Une hébergée arrive dans le bureau et demande son traitement, car l'infirmière est absente. Théo lui répond qu'il va le chercher à l'infirmierie. Je lui demande si je peux l'accompagner. Théo me répond en se levant qu'il ne voit pas de quel droit il pourrait refuser. Cinq minutes plus tard, le traitement donné, une autre hébergée vient au bureau et explique qu'il y a des excréments dans les sanitaires de l'établissement. Cela fait déjà plusieurs fois que la situation se produit. Les éducatrices présentes au bureau font preuve de dégoût et évoquent quelques suspectes parmi les hébergées. Ne se précipitant pas pour aller nettoyer, Théo lance qu'il a bien compris que c'était à lui d'y aller. Je lui propose alors de l'aider, ce à quoi il me répond « *bah j'allais te le dire, là tu ne demandes pas de m'accompagner ?* ». Avec nos

¹ Les « synthèses » sont des temps de travail regroupant une diversité de professionnels intervenant autour de la situation commune d'un usager, par exemple : l'éducateur référent, l'assistante de service social (ASS), l'infirmier du centre médico-psychologique (CMP) et le médecin généraliste.

² Pour plus de détails, voir le chapitre 7.

gants, seaux et balais brosse, nous passons ensuite une demi-heure à nettoyer les sanitaires. Durant ce moment, Théo m'a expliqué sa trajectoire, son passé de militant et sa colère actuelle envers l'association. Il a également profité de ce moment pour me poser des questions sur ma recherche.

Extrait des notes d'observation, mercredi 22 mai 2019

Après s'être montré plusieurs fois dubitatif sur ma présence durant cette matinée, Théo m'a finalement accordé davantage de confiance après ce temps passé à ses côtés. Ainsi, observer et participer à l'ensemble des tâches réalisées par les professionnels, y compris les plus ingrates, a constitué un gage de mon intégration. Ne m'intéresser qu'aux moments ou aux tâches de travail noble aurait été considéré comme du mépris ou de l'indifférence envers la réalité du travail mené par les professionnels.

Régulièrement, j'ai été mise au travail par les professionnels eux-mêmes. On m'a demandé de passer des appels téléphoniques pour obtenir des rendez-vous ou encore de classer des documents. En outre, on m'a souvent investie de compétences rédactionnelles¹, en me demandant par exemple d'aider à l'écriture de documents avant qu'ils ne soient présentés aux chefs de service. J'ai alors toujours tenu à ne pas influencer sur le fond de ces écrits, mais à me cantonner à proposer des améliorations de forme. En réalité, j'ai surtout rassuré les professionnels sur leurs compétences rédactionnelles face auxquelles ils se sentent souvent illégitimes (Serre, 2008), un sentiment que ma présence a d'ailleurs pu amplifier. Plus largement, cherchant à dépasser le « paradoxe de l'observateur » entre la nécessité de m'intégrer et le risque de perturber le milieu enquêté par ma présence (Schwartz, 1993, p. 271), j'ai tenté de donner le moins possible mon avis sur les situations des hébergés au quotidien.

Ma volonté de tenir *a minima* à distance mon ancienne identité professionnelle n'a pas été totalement réussie. « *Bon bah c'est pas grave si t'es toute seule ce soir, Chloé est là* » a ainsi pu dire un chef de service un soir à une éducatrice dont le binôme de soirée était souffrant. Ma présence a alors quelques rares fois conduit les chefs de service au non-remplacement de certains travailleurs sociaux absents, comptant implicitement sur mes compétences professionnelles. Cela n'a pas radicalement changé ma posture d'observatrice, dans laquelle je tâchais déjà de me rendre utile. En revanche, j'ai été vigilante au fait que ces situations ne se reproduisent pas. Par ailleurs, si j'ai souhaité avoir une participation minimale *a fortiori* concernant les questions de santé, j'ai dû davantage intervenir au cours du terrain que je ne

¹ D'autres compétences scolaires m'ont également été attribuées, comme la maîtrise de l'anglais ou de PowerPoint® par exemple.

l'avais anticipée sur ce sujet. J'ai ainsi dû plusieurs fois aller chercher l'infirmière, appeler les pompiers, ou encore participer à prodiguer des soins de premiers secours. La gestion de l'urgence faisant partie de ces établissements, ces situations ont été intégrées à l'analyse, révélant les logiques de travail dans ces moments de tensions. Plus encore, saisir les moments d'urgence a permis de mieux mettre en valeur ce qui fonde l'ordinaire du travail (Arborio, 1996). Ces situations m'ont ainsi poussée, au cours de l'enquête elle-même, à clarifier les enjeux de ma participation sur le terrain : ma non-intervention s'arrêtait en cas de mise en danger, quelle que soit la personne impliquée. Enfin, sur ma contribution aux activités tenant à la santé, ma socialisation professionnelle a aussi constitué une ressource. Par exemple, le fait d'avoir déjà réalisé des douches et distribué des traitements m'a particulièrement aidée dans la compréhension de ces pratiques, et notamment des ressentis et difficultés qu'ils peuvent susciter pour les professionnels. L'expérience préalable de la distribution des médicaments m'a permis de repérer combien il s'agit d'un acte complexe, notamment parce qu'il implique de connaître les noms de chaque hébergé, présents en grand nombre et changeant régulièrement. Il me semble que si je n'avais pas moi-même été confrontée à cette difficulté, elle m'aurait nettement moins interpellée comme étant une contrainte propre à cette activité.

V. Éthique de la recherche

1. Un principe de sincérité

Ces postures et stratégies mises en place pour gagner la confiance des enquêtés se sont inscrites dans un ensemble de réflexions sur l'éthique de la recherche ethnographique, à commencer par un principe de sincérité (Vuattoux, 2016). De manière officielle, j'ai pu présenter ma recherche à l'ensemble des équipes de professionnels durant une réunion de service, dans chacun des établissements ethnographiés. Concernant ma présentation aux personnes hébergées, il a été plus complexe de me présenter en une fois au plus grand nombre. Dans deux établissements, j'ai eu l'opportunité de pouvoir me présenter lors d'une réunion d'hébergés s'étant déroulée dans les premiers jours de mes observations. Malgré tout, ces présentations restent insuffisantes, car tous les hébergés n'y sont pas présents. Ainsi, j'ai choisi de me présenter individuellement à chaque personne que je rencontrais.

Outre les enjeux de présentation, j'ai accepté de répondre de la manière la plus honnête possible aux questions que les différents enquêtés ont pu me poser sur mon travail. J'ai plusieurs fois expliqué d'où venaient mes questionnements, quelles étaient mes études ou encore en quoi

consistait la vie de doctorante. J'ai échangé sur mon sujet et ai fait part de mes hésitations comme de mes premières analyses. La question de mon salaire a également été abordée. En le précisant et en indiquant qu'il était globalement identique à celui d'une éducatrice spécialisée en début de carrière, je levais certains soupçons sur mes intentions, notamment sur le fait d'effectuer cette recherche pour des intérêts financiers. Le fait que je ne fasse pas un travail gratuit était également important, crédibilisant ainsi ma démarche.

Un principe de sincérité au sujet de mes analyses a également été adopté. Quelques jours après la fin de mes séquences d'observation dans les centres d'hébergement, je suis revenue lors des réunions d'équipe et j'ai pu mettre en avant quelques premières pistes d'analyses, soumises aux débats collectifs. Ces temps d'échanges se sont avérés instructifs et ont contribué à enrichir la recherche (Jouve, Uribelarrea, 2017 ; Uribelarrea, 2020). Au centre d'hébergement pour femmes, j'ai par exemple soumis à la discussion mon constat que la santé ne semblait pas revêtir une importance aussi prégnante qu'au sein des foyers pour hommes. Les interprétations nombreuses des professionnels ont directement éclairé l'analyse. En outre, une présentation plus générale de ma recherche a également eu lieu au moment de l'enquête, lors de l'assemblée générale de l'association. J'ai communiqué devant une quarantaine de personnes, des salariés de l'association, des partenaires, des hébergés et des acteurs institutionnels. À l'issue de ce travail, j'envisage désormais de réaliser une restitution plus aboutie de ma recherche.

Ce principe de sincérité qui a guidé l'enquête comporte toutefois quelques limites. Sébastien Chauvin et Nicolas Jounin indiquent en effet que réaliser des observations « complètement à découvert est quasiment impossible » (Chauvin, Jounin, 2012, p. 150). En effet, sauf à étudier dans un milieu clos, il existe nécessairement des situations d'enquêtes dans lesquelles l'ensemble des personnes présentes ne peuvent avoir connaissance du statut d'enquêteur du sociologue. En cela, les professionnels de santé rencontrés à l'hôpital ont souvent méconnu mon statut d'enquêtrice, étant généralement présentée comme stagiaire lors des rendez-vous médicaux. Au sein des centres d'hébergement, j'ai tenu à me présenter le plus souvent possible, y compris aux personnes non francophones. Il me fut néanmoins impossible de me présenter tout le temps, et à tout le monde. De surcroît, décliner mon statut de chercheuse n'est pas une garantie de l'adhésion des personnes à l'enquête. C'est donc un second principe éthique qui a structuré cette recherche : celui du consentement à l'enquête.

2. Le consentement à l'enquête

Obtenir l'accord des participants pour réaliser une recherche est un principe fondamental au sein de l'univers scientifique. Ce postulat présente néanmoins des particularités lorsqu'il s'applique à la démarche ethnographique. En effet, si j'ai obtenu un « droit d'entrée » (Darmon, 2005, p. 98), formalisé par une convention de recherche, on peut se demander « pour "qui" l'accord donné par l'interlocuteur qui peut délivrer le droit d'entrée vaut-il ? Sur quels espaces donne-t-il pouvoir d'entrer, sur quels autres donne-t-il seulement l'autorisation de négocier à nouveau et ponctuellement la présence de l'enquêteur ? » (Darmon, 2005, p. 99). Si ce droit d'entrée confère une autorisation formelle, il n'est en fait que la première étape dans la négociation du terrain. Il m'a fallu, dans chaque établissement et auprès de chaque personne, renégocier l'intérêt de ma présence et recueillir le consentement des acteurs à cette enquête (Bruneteaux, 2018).

Cette réflexion est d'autant plus importante qu'à enquêter sur des lieux familiers et proches comme c'est le cas ici, le consentement à l'enquête peut facilement être considéré comme allant de soi. Or, recueillir l'accord des participants est non seulement un enjeu de déontologie dans la recherche, mais c'est également une condition *sine qua non* pour recueillir des matériaux de qualité. En effet, l'intérêt de l'ethnographe n'est pas d'imposer sa présence, mais bien de s'intégrer, en gagnant la confiance des enquêtés, et ainsi faire en sorte que les acteurs invitent l'ethnographe à observer. Que ce soit des hébergés ou des professionnels, il est arrivé de nombreuses fois que les personnes me proposent d'elles-mêmes de les accompagner dans différentes activités. Ces invitations témoignent d'une certaine intégration, et surtout, assurent du consentement des acteurs à l'enquête.

En miroir de ces invitations, des refus explicites à l'enquête se sont également manifestés. Parfois, les travailleurs sociaux m'ont expliqué d'eux-mêmes qu'ils ne souhaitaient pas que je sois présente durant certains entretiens, par anticipation quant à la difficulté de l'échange à venir¹. D'autres fois, lors de soirées festives entre professionnels auxquelles j'ai été conviée, il m'a été explicitement formulé que je n'étais pas là pour réaliser des observations : « *par contre tu ne prends pas tes petites notes là hein !* » m'a-t-on dit. Ces précisions explicites ont évidemment été respectées. Néanmoins, qu'en est-il des situations où il n'y a ni invitation

¹ Ce fut le cas principalement lorsque le contenu de l'entretien s'annonçait particulièrement sensible.

ni refus explicite ? S'en tenir à une absence de refus signifie-t-il que le consentement à l'enquête est valable ?

J'ai essayé de penser la question de l'adhésion à l'enquête comme un enjeu constant de la recherche et non uniquement comme une question spécifique du début du terrain. Pour cela, j'ai pris soin de resolliciter fréquemment l'accord des enquêtés aux observations.

Nous sommes à l'infirmerie avec Marie [IDE]. Mohammed arrive, s'assoit devant le bureau et explique à Marie qu'il a mal à la fesse et qu'elle est gonflée depuis sa dernière injection. Marie lui dit qu'elle va regarder. Je propose à Mohammed de sortir, ce qu'il accepte.

Extrait des notes d'observation, vendredi 21 décembre 2018

Le contexte de nudité me semblait ici faire évoluer la situation. Si mon autorisation à observer était jusqu'alors valable, elle me semblait expirer dans cette situation exposante pour Mohammed. Ainsi, si j'ai assisté à une douche réalisée par les auxiliaires de vie à la SRAS lors de mon terrain de master, j'ai tenu à ne pas observer ces moments lors de la thèse, cela me semblant rompre trop directement la relation de confiance par ailleurs instaurée avec les hébergés. Les pratiques relatives au travail d'hygiène ont donc davantage été abordées par le biais des entretiens.

Malgré ces précautions, il existe de nombreuses situations où le recueil du consentement est flou. En nouant des liens amicaux avec certaines professionnelles notamment, cette question a pris une tournure nouvelle. En effet, j'entretiens avec certaines travailleuses sociales une proximité d'âge et de trajectoire qui a marqué la recherche¹. Ces dernières, avec lesquelles des affinités se sont instaurées, se sont généralement montrées très investies dans ma recherche, me proposant spontanément que je les accompagne, ou qu'elles me renseignent sur différents éléments². Nos rencontres et échanges ont parfois même dépassé le cadre de la recherche, en prenant un café ensemble ou en me rendant à certaines soirées organisées. Si je n'ai pas pris ces moments comme des objets directs de l'enquête, en prenant des notes par exemple, il me semble tout à fait illusoire qu'il soit intellectuellement possible de cloisonner le temps de l'enquête au temps des affinités, si cela concerne les mêmes personnes. Fallait-il alors se préserver de ces

¹ Plus de détails seront apportés au chapitre 5.

² Consciente des atouts de ces relations nouées, j'étais également lucide sur les biais que pourraient engendrer l'instauration de relations privilégiées, risquant d'être exclusives des autres professionnels. J'ai donc tenu à passer du temps avec chacun d'entre eux, même si je n'ai pas noué les mêmes affinités avec tous. Dans les équipes, il s'avère souvent que certains professionnels sont en retrait ou que des divisions se font jour. Je ne me suis alors jamais insérée dans ces tensions et j'ai redoublé d'intérêt pour les professionnels moins intégrés.

relations dans un souci d'objectivité de la recherche et d'assurance du consentement de chacun ? Il me semble malgré tout que la réussite de l'ethnographie est en partie liée à ces « relations humaines instaurées » (Bruneteaux, 2018, p. 42) et que les résultats obtenus auraient sans doute été différents sans l'instauration de ces relations privilégiées. Ces relations de confiance ont notamment permis de repérer les différentes assignations des femmes au travail de *care*. Néanmoins, cette tension me semble souligner que le recueil plein et complet du consentement des enquêtés à tous les moments où ils ont été observés est impossible. Il n'en reste pas moins nécessaire de se questionner sur ce point afin de respecter le plus possible l'intimité et l'intégrité des enquêtés.

En outre, on peut encore davantage s'interroger sur la valeur de l'autorisation à observer parmi les hébergés. Cela rejoint l'interrogation d'Olivier Schwartz lorsqu'il se demande si les enquêtés savent réellement jusqu'à quel point ils sont observés (Schwartz, 1993). D'autant plus qu'il est tout à fait possible que la présence d'un travailleur social encourage les hébergés à donner leur accord. Il est d'ailleurs arrivé qu'un hébergé, après avoir refusé de réaliser un entretien avec moi, essuie des reproches de la part des travailleurs sociaux. Cette réflexion sur le consentement à l'enquête fait finalement écho à la question des rapports de pouvoir, intrinsèque à toute démarche d'enquête.

3. *De pouvoir enquêter au pouvoir de l'enquêtrice*

Durant ce travail d'enquête, je me suis souvent trouvée en position surplombante. Les enquêtés n'ont que rarement, voire jamais, discuté l'intérêt de mon sujet. Cette position de pouvoir interroge toutefois, notamment vis-à-vis des hébergés : « Comment saisir la faiblesse des enquêtés sans les affaiblir ? » interroge Jean-Paul Payet (Payet, 2011). Cette préoccupation m'a interrogée durant l'enquête, me questionnant sur la manière la plus éthique de demander aux personnes de dévoiler, dès lors qu'elles ne disposent déjà que d'une faible intimité.

Mais cette réflexion positionne le sociologue comme un « accoucheur » (Paugam, 2008) et les enquêtés comme des réceptacles passifs de l'enquête. Mes carnets de terrains sont toutefois remplis de techniques et de stratégies mobilisées par les hébergés pour utiliser l'enquête de manière à ce qu'ils en tirent un bénéfice. Étudier des « acteurs faibles » ne doit ainsi pas sous-entendre qu'il s'agit d'individus affaiblis, dépourvus de capacités de négociations et d'adaptations (Payet, 2011). L'enquête a notamment été utilisée comme un moyen de critiquer l'institution et ses fonctionnements. À de nombreuses reprises, en expliquant ma démarche, des hébergés m'ont dit que j'allais « *engueuler* » la direction ou les

travailleurs sociaux dans mon « *rapport* ». L'enquête a ainsi permis l'expression d'une colère, sur des sujets variés, allant de la lenteur des procédures administratives de la protection sociale, à la critique des repas fournis dans les établissements. D'autres fois, ma position d'enquêtrice a été encore plus directement utilisée, comme lorsqu'un enquêté m'a demandé de me rendre à la synthèse le concernant, à laquelle il n'était pas convié. Par ce biais, il me positionnait comme une alliée susceptible de le défendre et de lui retranscrire les interactions auxquelles il ne pouvait accéder¹. Une autre fois, un hébergé avec lequel j'ai fait un entretien alors qu'il n'était pas encore accueilli de manière pérenne dans l'établissement a obtenu quelques jours plus tard une place durable. Alors même que notre échange n'a vraisemblablement pas influencé son accès à une place stable, ce dernier m'a continuellement remercié d'avoir défendu son dossier, persuadé que j'avais participé à cette évolution. L'enquête fut en cela largement investie, de manière réelle ou supposée, à travers des bénéfices variés pour les enquêtés.

Dans mes interactions avec les hébergés, la relation de domination a parfois été temporairement bouleversée. Des tentatives de séduction ont notamment eu lieu de leur part, généralement après leur avoir demandé un entretien. Ces éléments soulignent que la relation d'enquête n'est pas uniquement basée entre un chercheur ayant des titres scolaires et une population marginalisée. Cela rappelle que le chercheur est ici une chercheuse, et en l'occurrence une jeune femme blanche venant d'un milieu favorisé. En tous les points, ma position est donc éloignée de celle des hébergés, qui sont en majorité des hommes, issus de milieux populaires et/ou de l'immigration, vieillissants pour une partie d'entre eux. Cette différenciation joue un rôle important dans l'enquête et a parfois constitué un support à la perturbation des rapports de domination.

En outre, si j'avais anticipé le caractère potentiellement dominant de ma position auprès des hébergés, c'était nettement moins le cas avec les professionnels. J'ai pourtant été assez nettement en position de dominante. Cette position s'est basée sur la combinaison de mes titres scolaires et professionnels, l'alliance de ces deux casquettes ayant renforcé ma légitimité tout autant que ma position de pouvoir dans cette enquête. Un pouvoir évaluatif m'a en cela été attribué : « *Tu m'as trouvé comment ?* », « *J'ai assuré alors ?* » sont des phrases qui m'ont été adressées par des travailleurs sociaux après que j'ai observé des interactions les impliquant. Cette dimension évaluative s'est retrouvée dans des questions concernant un potentiel

¹ Je n'ai toutefois pas pu me rendre à cette synthèse, devant me rendre à un colloque auquel je communiquais ce même jour.

rapport que je ferais à l'association, malgré mes nombreuses affirmations du contraire. Ma présence a également parfois été une source de stress, principalement pour les professionnels les plus jeunes ou les moins diplômés, peu assurés sur leur légitimité au travail. La réassurance, la précision de l'enjeu de mon travail et le fait de ne pas mettre les personnes sur le fait accompli pour les observer¹ a permis avec le temps d'atténuer quelque peu cette position asymétrique dans l'enquête.

En revanche, les relations avec les chefs de service des établissements sont plus ambiguës. Au début de ma recherche, j'ai eu à présenter mon travail devant l'ensemble des chefs de service de l'association, soit une dizaine d'hommes et une femme, tous plus âgés que moi. Durant ce moment, et à plusieurs autres durant le travail de terrain, mes échanges avec certains chefs de service furent l'occasion de mettre à l'épreuve ma légitimité à enquêter. Ainsi, la solidité de mes connaissances sociologiques a été interrogée : quelles étaient mes références ? Avais-je bien lu Serge Paugam et Pierre Bourdieu ? Au quotidien, quelques tentatives de déstabilisation ont même eu lieu, comme lorsque prenant rendez-vous pour un entretien, un chef de service a lancé à mon interlocuteur « *houla, entretien sociologique, attention, vous allez avoir le cerveau qui fume !* », ou encore quand, regardant des documents institutionnels, un chef de service déclara « *attention, c'est l'inspection générale ici !* ». Une autre fois, après avoir présenté mon sujet à une équipe lors d'une réunion, un des chefs de service a expliqué aux travailleurs sociaux que parfois, les sociologues prétendent travailler sur un sujet alors qu'ils en traitent un tout autre en réalité. Il a ensuite précisé avec un regard appuyé que ce n'était pas le cas me concernant. Ainsi, il me semble que ces chefs de service ont souhaité me témoigner de leurs connaissances de certains rouages de la démarche sociologique, acquises lors de leurs propres études qui ont généralement comporté des enseignements en sciences sociales.

Mais au-delà de ces tests, ces chefs de service ont aussi été de véritables facilitateurs de cette enquête. Ils ont constitué des « "passeurs", des "médiateurs" ou des "portiers" » au sens de Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995, p. 19). Par la liberté qu'ils m'ont laissée sur le terrain, ils ont réellement concouru à la bonne réalisation de cette recherche². Je n'ai jamais eu à rendre de comptes, passé ces premiers tests. Si j'ai parfois repéré des regards interrogateurs de leur

¹ J'affichais ainsi toujours mes horaires à l'avance et plutôt que de suivre un ou une professionnelle toute une journée, ce qui peut être déstabilisant, j'ai préféré faire le choix d'être là, de proposer mon aide et ma présence, en évitant de m'imposer.

² Voir l'annexe 1 pour plus de détails.

part, ces chefs de service m'ont créditée d'une grande confiance et d'une liberté de circulation précieuse. De plus, leur connaissance associative couplée à leur sensibilité à la démarche universitaire ont nourri nos nombreux échanges, déterminants quant aux résultats de cette recherche.

4. Enjeux de l'écriture scientifique

Un dernier enjeu éthique de l'enquête ethnographique que je souhaite soulever est celui du traitement des données, de leur interprétation et de leur rédaction. Plus encore que les enjeux liés aux terrains, ces étapes sont régulièrement laissées de côté dans les écrits sociologiques (Lemieux, 2012). Pourtant, les choix opérés lors de l'analyse et de l'écriture sont décisifs vis-à-vis de la manière dont on peut appréhender les résultats.

L'analyse des données ethnographiques a été minutieusement réalisée. Passé leur retranscription, j'ai relu et annoté ces documents, cherchant à faire des premiers regroupements thématiques. Ensuite, les données ont été importées dans le logiciel Nvivo®, et j'ai procédé à l'élaboration d'une arborescence selon différents axes réflexifs. Ce logiciel, adapté pour l'analyse inductive, a été un support utile dans ma construction des catégories d'analyse (Li, 2016).

Bien que l'analyse émerge fondamentalement du terrain, l'enquête ne livre pas de vérité absolue. Bernard Lahire rappelle ainsi combien « toute interprétation sociologique pertinente est une surinterprétation contrôlée » (Lahire, 2007, p. 64). En effet, toute analyse est une prise de risque et constitue en cela une proposition d'interprétation des données. L'utilisation de la première personne du singulier dans l'écriture a alors été préférée à celle de la première personne du pluriel. Je recours également à la troisième personne du singulier – le « on » – lorsque je souhaite m'insérer dans des discussions scientifiques plus larges, ce pronom laissant la place à l'adhésion ou non du lecteur à l'analyse proposée (Schlegel, 2019). En outre, j'ai également développé certaines analyses, tout en les maintenant volontairement au statut d'hypothèse de recherche.

Enfin, un dernier enjeu éthique à préciser concerne l'anonymisation de l'enquête. S'il n'y a pas eu de protocole de confidentialité officiel pour cette recherche, j'ai toujours assuré aux personnes rencontrées l'anonymat de leurs pratiques et de leurs propos. Souvent rappelé au quotidien, cet anonymat a constitué une sorte de « contrat moral » (Vuattoux, 2016, p. 94) entre les enquêtés et moi. Pour tenir cette exigence, leurs noms et prénoms ont été pseudonymisés. Parce que les noms et prénoms sont porteurs d'enjeux sociaux, j'ai tenté de respecter une

cohérence sociologique en les remplaçant¹. Il faut également préciser que les noms des établissements et de l'association ont été modifiés en vue de préserver cette discrétion des acteurs interrogés. En outre, la ville dans laquelle l'enquête a été menée ne sera pas précisée, dans la mesure où la place importante de l'association Envol au sein de celle-ci lèverait le voile sur les établissements enquêtés. Aussi, l'enquête a été menée au nord-ouest de la France, au sein d'une ville sur laquelle je donnerai les caractéristiques nécessaires dans la première section.

Malgré ces précautions, l'anonymisation de l'enquête comporte quelques limites. S'agissant d'un milieu relativement clos, il est probable de reconnaître les personnes par leur statut, leur âge, ou encore par la singularité de leurs propos. Face à ce problème, j'ai fait le choix de flouter ces traits distinctifs lorsque les propos rapportés m'ont semblé pouvoir porter préjudice aux enquêtés. Lorsque des propos critiques ou portant sur des pratiques déviantes sont rapportés dans la thèse, j'ai fait le choix de camoufler l'identité des émetteurs. Cela peut passer par la non-énonciation ou la modification du statut professionnel, de l'âge, ou encore de l'établissement où s'est déroulée la scène. J'ai pris soin que ces modifications impactent le moins possible l'analyse. Ce procédé est rarement utilisé dans la thèse, celle-ci ne portant pas en propre sur des données particulièrement sensibles et préjudiciables.

Conclusion

Pour conclure, les matériaux recueillis dans le cadre de cette thèse sont donc issus d'une enquête de terrain de type ethnographique mêlant observations, entretiens et analyse d'archives institutionnelles. L'enquête s'est déroulée sur plus d'un an, au sein d'une association située dans une ville du nord-ouest de la France. 56 entretiens ont été réalisés durant la thèse (78 avec ceux menés en master), avec des professionnels et des hébergés du monde de l'assistance. En outre, quatre centres d'hébergement ont principalement été ethnographiés, ainsi que le pôle santé de l'association chargé des Lits halte soins santé (LHSS) et des LAM.

L'enquête menée procède d'une démarche inductive, plaçant les matériaux issus du terrain à une place déterminante pour la construction de l'analyse. Pour cela, ce chapitre est revenu en détail sur les conditions pratiques et les principes éthiques qui ont guidé le recueil et l'analyse de ces données. Dans l'ethnographie, j'ai cherché à mettre à profit une position

¹ J'ai parfois recouru à l'outil développé par Baptiste Coulmont qui a analysé les résultats de plusieurs sessions de baccalauréat au regard des prénoms des candidats. Il a généré un site internet regroupant les prénoms ayant eu des résultats similaires à l'examen. Cela donne un indicateur de la position du prénom dans l'espace social (<http://coulmont.com/bac/index.html>).

singulière d'*insider*, grâce à ma socialisation professionnelle d'éducatrice spécialisée, tout en cultivant une posture résolument sociologique. J'ai donc tenté, tout au long du chapitre, de revenir sur la plus-value – ainsi que sur les limites – de cette familiarité au sujet.

Pour clore ce chapitre, ce positionnement me semble ouvrir la voie à un questionnement plus large. À l'heure où le travail social tend à s'universitariser, mon parcours apparaît comme « le produit le plus pur » (Hoggart, 1970 [1957], p. 354) de cette évolution politique. Ma trajectoire est en effet rendue possible par les ponts autorisés entre le travail social et l'université. Les apports de cette recherche me semblent souligner la pertinence de renforcer plus encore les liens entre ces mondes. Permettant de mettre en lumière des situations, des pratiques et des savoirs socialement invisibilisés, le renforcement des liens entre le travail social et la recherche paraît souhaitable, d'autant que cela favoriserait la diversité des personnes accédant à la parole scientifique.

SECTION 1

LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION SANITAIRE DES SANS-ABRI

Depuis la création de son asile de nuit en 1882, l'association de la Charité hospitalière de nuit (CHN), devenue Envol en 2011, n'a cessé d'étendre son action. Se définissant comme une association d'« actions sociales », elle dispose aujourd'hui de 6 centres d'hébergement collectif, et propose plus de 500 places d'hébergement et de logement. Envol s'est progressivement éloignée de son travail originel autour de l'hébergement d'urgence, et a développé tout un ensemble de dispositifs d'accompagnement autour de l'emploi, de la parentalité, de la justice et de la santé. Accompagnant plus de 3 000 personnes chaque année, Envol fonctionne avec un budget annuel de 18 millions d'euros, majoritairement pourvu par les services déconcentrés de l'État, en l'occurrence par la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS).

L'association est principalement implantée en zone urbaine, au sein d'une ville portuaire, dont la population de l'agglomération avoisine les 500 000 habitants. La ville est un ancien bastion industriel et ouvrier, ce qui n'est pas sans lien avec l'ouverture précoce de l'asile de nuit historique de l'association. Envol, par son histoire ancienne et par la manière dont elle s'est largement étendue depuis les années 1970, constitue une association incontournable de la veille sociale sur le territoire. Pour autant, malgré sa taille importante à l'échelle locale, elle reste une association de faible envergure sur le plan national. À l'image de nombreuses associations de lutte contre l'exclusion, elle est prise dans une tension entre surplomb du monde associatif local et faible pouvoir sur le plan national (Brodiez-Dolino, 2020). Il s'agit alors de participer à la connaissance de ce type d'associations, rarement étudiées au regard des grandes institutions parisiennes, et pourtant centrales dans le paysage de l'hébergement social (Brodiez-Dolino, 2020). En effet, ces grandes associations de province sont bien plus « la norme que l'exception » au sein du monde de l'assistance (Brodiez-Dolino, 2020, p. 10). Par cette monographie associative, il va alors s'agir d'éclairer à la fois ce que cette association a de singulier, tout en soulignant ce qu'elle a d'heuristique quant aux enjeux plus larges sur le sans-abrisme. En l'occurrence, cette première section va réaliser un retour sociohistorique sur l'enjeu de la prise en charge de la santé des sans-abri en tissant ensemble l'histoire de cette association à l'histoire plus large des politiques sociales et sanitaires (Buton, Mariot, 2009).

Aujourd'hui, la prise en compte de la santé des sans-abri représente un enjeu majeur de la politique associative d'Envol. Un « pôle santé » regroupant une vingtaine de professionnels soignants y a été inauguré en 2018. Toutefois, si la santé constitue désormais un enjeu associatif majeur dans la prise en charge des sans-abri, au même titre que l'Insertion par l'activité économique (IAE) et l'accès au logement, elle n'a historiquement pas toujours occupé cette place centrale. L'évidence aujourd'hui accordée à la santé nécessite d'être déconstruite à travers un retour socio-historique en se demandant comment une association traditionnellement sociale s'est-elle progressivement *sanitarisée* ? Les recompositions de cette attention aux affections sanitaires des sans-abri seront donc au cœur de cette section en questionnant la façon dont les enjeux liés à la santé des sans-abri sont montés en puissance, au point de devenir « un signifiant dicible » de cette réalité sociale (Fassin, 1998a, p. 14).

Ainsi, à l'instar de la question sociale qui a connu ses métamorphoses (Castel, 1995), la question sanitaire des sans-abri s'est elle aussi métamorphosée. La santé des plus pauvres est une question qui s'est progressivement politisée à partir des années 1980, principalement à l'initiative de médecins occupant des positions proches du pouvoir politique et de grandes associations humanitaires comme Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde (Gardella, 2014a ; Izambert, 2018 ; Schlegel, 2019). Si la médicalisation du problème public du sans-abrisme a d'ores et déjà été traitée, il est complémentaire de s'intéresser à la manière dont une association, engagée depuis la première heure dans la lutte contre la pauvreté au niveau local – à la différence de ces grandes associations humanitaires¹ – s'est ajustée à cette évolution. Plus précisément, il ne s'agit pas seulement d'identifier comment s'applique localement cette médicalisation du problème public du sans-abrisme, mais aussi d'analyser comment Envol a contribué, voire résisté, à cette évolution. Ce sont donc les liens entre une histoire locale et une histoire nationale que je vais détailler, participant alors à la compréhension des liens entre l'État et ces associations d'origine charitable, souvent pionnières en matière d'aide sociale (Brodiez-Dolino, 2013a ; Aranda, 2019). L'objet que constitue la santé permet en effet tout particulièrement d'étudier les marges de manœuvre des associations, la reconnaissance politique de leurs initiatives, mais aussi les injonctions auxquelles elles doivent s'adapter.

¹ Médecins Sans Frontières a été créé en 1971 et Médecins du Monde en 1980. La CHN a été créée environ un siècle auparavant. En outre, ces organisations non gouvernementales (ONG) ont été créées au départ dans une optique de solidarité internationale, contrairement à la CHN qui s'est emparée de la « cause des pauvres » locale dès son ouverture (Viguié, 2020).

Décrivant les dialectiques entre innovations sociales et dépendances aux pouvoirs publics, cette section s'inscrit dans une sociologie du monde associatif (Hély, 2009 ; Cottin-Marx, 2019).

Cette section se décline en trois chapitres chronologiques. D'abord, je reviendrai sur une longue période, allant de la fin du Moyen Âge aux années 1970 (chapitre 2). Ce chapitre permettra de préciser les enjeux de la prise en charge des pauvres dans l'histoire et de détailler, dans ce contexte, la création du foyer du père Virgile, puis l'expansion de l'association. Le deuxième chapitre de la section s'initie à la suite de l'extension géographique de l'association, s'éloignant ainsi de sa matrice autour de l'hébergement d'urgence (chapitre 3). Cette période, couvrant les années 1980 et 1990, se révèle foisonnante et contribue à structurer une véritable vision associative. Ce moment, aujourd'hui décrit comme un âge d'or, fait référence à une époque où les acteurs associatifs détiennent une autonomie forte, et s'avèrent peu concurrencés dans la prise en charge de cette population. Enfin, le dernier chapitre de cette section sera abordé sous l'angle de la fragilisation de cette situation de monopole, acquise lors des périodes précédentes (chapitre 4). Allant des années 2000 jusqu'à l'histoire très contemporaine et la mise en place des LAM en 2019, ce chapitre insiste sur la déstabilisation progressive du monde de l'assistance traditionnel. En étudiant les débats et les conditions auxquelles de nombreux dispositifs destinés à la santé des hébergés se déploient localement, je montrerai comment cette association tente de préserver son credo malgré cette fragilisation. Ainsi, c'est à la description d'une posture associative en tension – considérant l'importance des questions de santé des hébergés tout en résistant à une trop forte emprise médicale –, que sera consacrée cette section.

Chapitre 2

Pauvres ou malades ? L’histoire d’une distinction

La socio-histoire réalisée dans cette section s’inscrit à la poursuite de la définition qu’en donne François Buton. Il s’agit d’« une manière de faire des sciences sociales et historiques qui tâche de construire ses objets de recherche sur un terrain passé, donc saisissable par traces, alliant conceptualisation sociologique et mobilisation d’un corpus empirique, qui fait varier les échelles d’analyse du niveau individuel au niveau institutionnel, et qui prête attention à l’historicité de ses terrains d’enquête comme de ses propres catégories d’analyse » (Buton, 2009, p. 21). En ce sens, la socio-histoire permet d’apporter une profondeur aux objets de recherche des sciences sociales (Buton, 2009). Ce chapitre, en particulier, va permettre de donner du relief à la question posée dans la thèse quant au renouvellement des frontières entre le social et le sanitaire. Cette dualité, aujourd’hui admise, résulte d’un processus historique. En effet, la question que pose la sanitarisation du social implique préalablement une scission entre une question sociale et une question sanitaire. Or, le retour historique sur cette question montre précisément qu’au Moyen Âge, cette dualité n’existe pas. Les vulnérabilités sociales et sanitaires sont indifférenciées (Brodiez-Dolino, 2013a, 2013b). Pauvreté et maladie constituent une réalité commune, pensées ensemble (Castel, 1995). Parce que les questions que l’on se pose sont elles-mêmes des indicateurs dans la manière dont est construite la réalité sociale, ce chapitre permet donc d’apporter une première déconstruction sociologique à l’objet d’étude.

En dialogue avec les travaux de certains historiens sur cette question, il va s’agir de revenir sur les recompositions des liens entre les vulnérabilités sanitaires et sociales au cours de l’histoire (Brodiez-Dolino, 2013a, 2013b). Le sans-abrisme constitue un objet de recherche qui se prête tout particulièrement à la rencontre des historiens et des sociologues, qui, plus que se lire mutuellement, vont aujourd’hui jusqu’à « hybrider leurs concepts et leurs méthodes » (Brodiez-Dolino, 2022, p. 5). En ce sens, ce chapitre ne constitue pas seulement un état de la littérature des travaux historiques sur le sans-abrisme, mais propose bien une réflexion socio-historique originale quant aux origines d’une association de veille sociale. Tandis que le fonctionnement des asiles de nuit avant les années 1970 reste peu étudié, cette recherche participe donc à l’éclairage de cette période encore « en friche » (Brodiez-Dolino, 2022, p. 31).

En revenant plus en détail sur l’indifférenciation historique entre les vulnérabilités sociales et sanitaires, je montrerai comment l’histoire du vagabondage, ancêtre du sans-abrisme, est venue remettre en question ce continuum (I). Le processus qui sera décrit dans ce

chapitre sera alors celui de la dualisation de la question sociale et de la question médicale, puis de l'assignation de la prise en charge des sans-abri à l'assistance. C'est dans ce contexte qu'émerge l'asile de nuit de la Charité hospitalière de nuit (CHN) (II). J'aborderai ensuite la manière dont l'association se professionnalise comme une association de travail social, tout en continuant de maintenir une attention à la santé des hébergés (III). Loin d'être un processus radical, impliquant une rupture franche, ce chapitre soulignera la permanence de liens entre les vulnérabilités sociales et sanitaires dans la prise en charge des sans-abri.

I. Des bons et des mauvais pauvres : aux fondements d'un traitement différencié

1. La naissance du vagabond

La définition de la pauvreté, considérée dans le sens commun comme une situation de dénuement, est loin d'être si évidente lorsqu'on regarde l'évolution de son appréhension au cours de l'histoire. Les variations de sa définition ainsi que des mesures dédiées à ce problème montrent l'intérêt de regarder la pauvreté avant tout comme une construction sociale (Simmel, 2011 [1907]). Au Moyen Âge, bien que la pauvreté – telle qu'on la définirait aujourd'hui – soit massive, il s'avère que cette situation ne constitue pas une véritable « question sociale » (Castel, 1995). Robert Castel indique en effet que « dans une formation sociale ou environ la moitié de la population doit se contenter de réserves minimales pour survivre, la pauvreté ne pose pas vraiment problème. Mieux : elle est acceptable et même requise » (Castel, 1995, p. 174). La pauvreté est alors une condition ordinaire, mais aussi souhaitable, dans une société ancrée dans la chrétienté. Le pauvre représente en effet la figure positive du Christ souffrant : il est « l'incarnation du dépouillement et, par-là, de l'humilité requise devant Dieu » (Brodiez-Dolino, 2009, p. 22). Vivre dans le dénuement ou venir en aide aux plus démunis garantit l'entretien d'une relation spirituelle avec le Christ. Cette période est alors fortement marquée par la charité. Cette pratique ne relève toutefois pas d'une démarche spontanée, mais s'inscrit dans un système social d'interdépendance dans lequel les pauvres sont intégrés, notamment en raison du rôle qu'ils occupent au regard de la pratique de la foi (Castel, 1995).

C'est au XIV^e siècle qu'une pauvreté dérangeante apparaît (Kitts, 2008). Avec la guerre de Cent Ans et la grande peste noire, la figure de l'errant se ternit d'une représentation négative (Kitts, 2008 ; Bodin, 2018). Les migrations induites par l'errance deviennent problématiques pour la société sur le plan sanitaire, moral et économique (Brodiez-Dolino, 2020). Ces errants viennent en effet remettre en cause les normes du travail et de la sédentarité (Kitts, 2008). La

figure de l'errant laisse la place à celle du vagabond, incarnant une oisiveté socialement condamnée. Une image de vice est dès lors attribuée à ces derniers, qui, contrairement aux mendiants, ne disposent pas de domicile, et refuseraient de travailler (Brodiez-Dolino, 2020). « De représentants sur terre du Christ souffrant, ceux-ci sont devenus inquiétants, car menaçants » indique Isabelle Parizot (2003, p. 31). N'étant ni intégrés par le travail, ni par la communauté, les vagabonds sont condamnés socialement (Castel, 1995 ; Bregeon, 2008 ; Brodiez-Dolino, 2013b). Progressivement, la seule situation de dénuement devient insuffisante pour bénéficier de la charité. En 1351, l'ordonnance de Jean II, dit le Bon, interdit de donner la charité aux mendiants sains de membres et de corps (Castel, 1995), marquant alors une distinction juridique dans le traitement des plus démunis et l'orientation vers la répression des pauvres valides qui durera plus de cinq siècles (Geremek, 1987).

En miroir, les pauvres qui accèdent à la charité sont les individus capables de témoigner d'une incapacité physique à travailler, tandis que les autres sont considérés avant tout comme oisifs. Cette incapacité à travailler se fonde sur ce que Robert Castel nomme une « handicapologie ». Pour cela, « le pauvre le plus digne de mobiliser la charité est celui dont le corps exhibe l'impuissance et la souffrance humaine [...]. L'impuissance du corps, la grande vieillesse, l'enfance abandonnée, la maladie, de préférence incurable, les infirmités, de préférence insoutenables au regard, ont toujours été les meilleurs passeports pour être assistés », explique Robert Castel (1995, p. 74). Maladie et pauvreté sont pensées ensemble, constituant dans cette société chrétienne les conditions par excellence du pauvre digne d'être secouru. Dans l'iconographie comme dans la littérature, l'infirmité et la pauvreté sont corrélées (Brodiez-Dolino, 2013b). C'est alors une profonde indifférenciation entre les vulnérabilités sanitaires et les vulnérabilités sociales qui prévaut (Brodiez-Dolino, 2013a, 2013b).

L'aptitude présumée ou non au travail constitue un élément majeur dans le traitement différencié des pauvres qui s'initie, instituant une ligne de partage entre les « bons » et les « mauvais » pauvres (Castel, 1995). Le bon pauvre est le pauvre invalide, qui sera exempté de l'injonction au travail jusqu'au XX^e siècle (Bodin, 2018), tandis que le mauvais pauvre, valide, devient indigne et dangereux (Katz, 2015). C'est sur les bases de ce traitement différencié entre les pauvres qu'une première formulation de la « question sociale » s'élabore (Castel, 1995).

2. *L'hôpital et les pauvres*

L'hôpital accueille depuis le Moyen Âge tous les nécessiteux, les pauvres y côtoyant aussi bien des vieillards que des enfants abandonnés (Reguer, Marec, 2013). Il constitue ainsi

le lieu par excellence où sont accueillis les pauvres au point de constituer « la raison d'être de l'hôpital » (Parizot, 2003, p. 27). Ce dernier, alors géré par des religieuses, constitue la « traduction institutionnelle du principe de charité » (Imbault-Huart, 1998, p. 76). Loin d'avoir vocation à soigner les maladies, à l'image de l'hôpital que l'on connaît actuellement, la priorité est donnée à la foi et au Salut des âmes (Imbert, 1996 ; Parizot, 2003). Les personnes disposant de davantage de ressources fuient alors cette institution destinée aux miséreux, qui, dans les représentations, rend tout autant malade qu'elle ne guérit (Carricaburu, Ménoret, 2004).

Les vagabonds bénéficient d'un accueil à l'hôpital. Progressivement considérés comme particulièrement déviants, l'hôpital amplifie le contrôle qu'il exerce à l'égard de ces mauvais pauvres. Dans la seconde moitié du XVII^e siècle s'initie la période du « grand renfermement », analysée par Michel Foucault (1961). L'Hôpital Général, institué en 1656, interne alors les vagabonds, indigents, ou encore les fous avec l'ambition d'éradiquer la mendicité (Parizot, 2003 ; Quénel, 2012). Toutefois, comme l'indique François Sicot : « on n'enferme pas les fous parce que pauvres, ou les fous et les pauvres ; on ne les distingue pas » (Sicot, 2001, p. 78). Plus qu'un regroupement de différents individus, c'est une véritable indifférenciation qui entoure ce que l'on distingue aujourd'hui par la maladie mentale et le sans-abrisme.

Au-delà d'une fonction d'accueil, l'hôpital se dote alors d'une fonction de « ségrégation à l'égard de tous ceux susceptibles de menacer l'ordre social » (Herzlich, 1973, p. 41). L'enfermement de ces individus est pensé comme une manière de lutter contre leur contagiosité, tant sur le plan moral que sanitaire. C'est en effet à la fois l'amoralité qu'ils véhiculent et les maladies de l'époque qu'ils propagent – comme la tuberculose ou la peste – qui justifient cet enfermement. Dans le cadre de cette action coercitive, l'hôpital ambitionne de réintégrer ces vagabonds à la société, en les remettant au travail. Des ateliers de travail forcé sont alors mis en place dans les hôpitaux généraux, même si les résultats en termes de productivité sont modestes (Parizot, 2003 ; Brodriez-Dolino, 2022).

C'est durant le XVIII^e siècle que va cesser cette ostracisation des vagabonds (Parizot, 2003). Les penseurs des Lumières critiquent le rôle de ségrégation des pauvres que joue l'hôpital. Au-delà de l'indignation suscitée par ces conditions de vie coercitives et déplorables sur le plan sanitaire, cette relégation des pauvres est considérée comme inefficace sur le plan de leur redressement. Au lendemain de la Révolution française, l'hôpital est repensé, et son rôle curatif des maladies s'affirme lentement (Parizot, 2003). Dans ce mouvement, les mauvais pauvres, valides, commencent à ne plus avoir leur place dans cette institution. Le traitement des vagabonds s'émancipe progressivement de la tutelle hospitalière. Cette évolution est notable,

car elle correspond à une première distinction entre la situation de pauvreté et celle de maladie, jusqu'alors indissociées (Foucault, 1961 ; Parizot, 2003).

3. *Judiciarisation et médicalisation du vagabondage*

Le traitement des vagabonds n'en reste pas moins répressif, puisqu'en 1767 se créent les Dépôts de mendicité. Ces établissements sont à nouveau pensés comme des lieux de mise au travail forcé des vagabonds (Castel, 1995). En 1810, sous l'Empire napoléonien, l'errance devient un délit inscrit dans le Code pénal. Son caractère flou occasionne une grande variabilité dans les condamnations, autorisant la clémence comme la plus grande sévérité (Damon, 2007). La dépénalisation de ce délit n'aura eu lieu que très récemment, supprimée de la loi en 1992, puis actée en 1994 au sein du nouveau Code pénal¹.

La force de la répression du vagabondage prend sens lorsqu'on la rapporte à la manière dont ce problème public est construit à l'époque. Au-delà de son oisiveté, le vagabond est suspecté de criminalité et de feindre la maladie pour accéder à la charité (Geremek, 1974). Le vagabond est considéré comme ayant un vice intrinsèque. Les aliénistes s'évertuent alors, durant le XIX^e siècle, à définir le vagabondage comme une pathologie spécifique, marquée par la folie (Guillou, 2006). « La psychiatrie conclut que l'itinérance résulte de la dégénérescence mentale, qu'elle soit héréditaire ou acquise. Le vagabond devient un malade mental, en principe incurable », explique Mario Poirier (2007, p. 77). L'errance du vagabond est ainsi pensée comme le résultat d'une disposition singulière de l'esprit, qui le conduit à mendier et à voler, précisément pour éviter de travailler (Damon, 2007). Après plusieurs travaux soulignant les hallucinations et aliénations des vagabonds², Jean-Baptiste Charcot, aliéniste, décrit à la fin du XIX^e siècle une pathologie nouvelle, propre aux vagabonds, qui est celle de l'automatisme ambulatoire. Cette nouvelle maladie mentale concerne des hommes qui, subitement, quittent leur foyer et errent sans destination précise, en oubliant ensuite leur trajet et même d'où ils viennent. L'aliéniste considère que ce sont des impulsions incontrôlables qui provoquent ces départs (Choppin, Gardella, 2013 ; Gardella, 2014a, p. 233). En ce sens, le vagabondage n'est pas seulement judiciarisé au cours du XIX^e siècle, il est aussi médicalisé (Gardella, 2014a). La

¹ Cette dépénalisation n'est d'ailleurs que partielle, puisque le sans-abrisme continue d'être judiciarisé sous d'autres faits que le délit de vagabondage, comme l'ivresse sur la voie publique par exemple (Bellot, Sylvestre, 2017), ou encore les arrêtés anti-mendicité (Rullac, 2007).

² Mario Poirier retrace les travaux psychiatriques parus durant cette période : « De Boismont parle en 1845 des *vagabonds hallucinés*, Foville décrit vers 1875 les *aliénés migrants*, Benedikt estime, vers 1890, que le vagabondage découle d'une *neurasthénie morale* » (Poirier, 2007, p. 77).

médicalisation du sans-abrisme est en effet un processus ancien, qui s'est reconfiguré plusieurs fois au cours de l'histoire (Hacking, 2002 ; Gardella, 2014a). De ce point de vue, si le traitement du vagabondage s'est en partie émancipé de la tutelle hospitalière, l'emprise médicale sur cette question se reconfigure plus qu'elle ne s'efface.

Dans cette lecture en termes de déviance sociale et de maladie mentale, les sans-abri sont avant tout jugés responsables de leur situation. Cette première formulation du problème public du vagabondage trouve son origine dans l'intention de ces aliénistes de comprendre ce qui paraît tout à fait irrationnel et amoral à cette époque. Avec le recul de l'histoire et le développement de l'attention des sociologues et historiens aux vagabonds, d'autres analyses de ce phénomène ont été avancées. Robert Castel, en étudiant avec finesse l'histoire du vagabondage, explique que ces derniers étaient avant tout des personnes prenant la route vers les villes, dans un contexte de raréfaction des emplois dans les campagnes (Castel, 1995). Aussi, malgré les mesures répressives portées à l'encontre des vagabonds, leur nombre ne diminue pas. Au contraire, la misère urbaine augmente considérablement durant le XIX^e siècle, en raison des effets combinés de l'industrialisation, de l'urbanisation et de la paupérisation des conditions de vie des classes populaires (Damon, 2007). Pour Robert Castel, la stigmatisation du vagabondage n'est pas entièrement due au problème que pose cette situation à l'ordre public, mais elle permet d'envoyer un message fort d'incitation au travail à l'ensemble de la société, brandissant l'image du vagabond comme une contre-figure particulièrement repoussante (Castel, 1995).

Pour autant, après une longue période de répression du vagabondage, la fin du XIX^e siècle augure un changement dans la prise en charge du sans-abrisme. Alors que le Second Empire chute en 1870, la Troisième République s'instaure et se montre plus sensible en matière d'assistance que le précédent régime (Parizot, 2003). La Troisième République développe l'Assistance publique, inscrivant l'aide aux plus démunis dans la loi (Damon, 2007). Suite à l'instauration du Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1888 est promulguée la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite aux personnes sans ressources, qui constitue le premier droit social en tant que tel (Brodiez-Dolino, 2013a). Un peu plus tard, la loi de 1905 instaure l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Ces premières lois sociales se construisent alors « sous condition, prudente et imparable, d'atteinte conjointe de vulnérabilité sanitaire » (Brodiez-Dolino, 2013a, p. 19). Le développement de l'assistance publique est rendu possible par le prisme de l'atteinte sanitaire des pauvres. L'assistance publique qui se structure est en effet réservée aux pauvres capables de témoigner d'une double affection, sociale et sanitaire,

montrant la permanence de la catégorie des bons pauvres (Brodiez-Dolino, 2013a). Parallèlement aux travaux des aliénistes, l'émergence de ces premières lois sociales sous condition d'atteinte d'une vulnérabilité sanitaire témoigne ainsi d'une « sanitarisaton poussée du social » (Brodiez-Dolino, 2013a, p. 21) au tournant du XIX^e et du XX^e siècle.

Dans ce contexte, la Troisième République encourage la diversité des initiatives destinées aux pauvres, et notamment celles des municipalités (Brodiez-Dolino, 2013a). En parallèle, ce régime reconnaît la complémentarité des œuvres dans la mise en œuvre de l'assistance (Bec, 1994). De nombreuses initiatives catholiques destinées aux vagabonds voient alors le jour. Les Dépôts de mendicité, largement dénoncés, ferment leurs portes et laissent place à une nouvelle réponse qui s'éloigne pour la première fois d'une prise en charge coercitive : les asiles de nuit (Choppin, Gardella, 2013 ; Katz, 2015). Les vagabonds, après avoir été relégués de la société depuis le milieu du XIV^e siècle, commencent à être considérés socialement à la fin du XIX^e siècle, la potence laissant progressivement place à la pitié (Geremek, 1987 ; Brodiez-Dolino, 2020). Lucia Katz analyse ainsi cette période comme celle de l'« avènement du sans-abri », durant laquelle le pauvre errant en vient progressivement à être considéré comme digne d'être secouru (Katz, 2015).

C'est ainsi qu'à Marseille, le premier asile de nuit ouvre ses portes en 1872. Il s'agit d'un établissement privé, destiné à héberger les sans-abri de passage dans la ville. Inspirées par ce fonctionnement, deux œuvres parisiennes ouvrent également ce type d'établissement en 1878. C'est à cette période que dans la ville étudiée, deux asiles de nuit ouvrent aussi leurs portes : le Refuge de nuit et la Charité hospitalière de nuit (CHN). Le Refuge de nuit est laïque, d'affirmation républicaine, alors que la CHN, créée par le père Virgile, est une institution catholique (Marec, 2002). Destinés à accueillir les pauvres valides, les asiles de nuit constituent les ancêtres des centres d'hébergement d'urgence (Katz, 2015). En l'occurrence, l'association Envol trouve son origine dans la création de cet asile de nuit qu'est la CHN. L'étude de sa création et de son fonctionnement historique constitue alors un éclairage utile à la compréhension des fonctionnements actuels de l'association.

II. La Charité hospitalière de nuit : rapatrier l'hospitalité vers l'assistance

Localement, deux grands hôpitaux publics sont présents dans la ville. L'un est notamment un Hôtel-Dieu, prenant en charge les malades et indigents depuis la fin du XVIII^e siècle. Après avoir apporté l'hospitalité aux pauvres, et notamment aux pauvres invalides, les

hôpitaux de la ville commencent à adopter des mesures d'hygiène face aux épidémies de choléra dans les années 1870. Les vêtements des malades commencent à être lavés, et les lieux de soin sont arrosés d'eau phéniquée¹. Dans ce mouvement naissant de médicalisation de l'hôpital et face à un manque de ressources, les hôpitaux n'accueillent désormais plus tous les indigents. En conséquence, le diocèse local constitue un comité en 1880 pour créer un asile de nuit et garantir l'hospitalité aux pauvres. Deux ans plus tard, en 1882, l'asile de nuit de la CHN ouvre ses portes, le terme « hospitalière » soulignant la filiation de l'asile de nuit à l'hôpital et le mouvement de délégation de la prise en charge des pauvres à l'assistance. En effet, les œuvres comme l'asile de nuit de Marseille nommé « l'hospitalité de nuit » reprennent à leur compte cette mission d'hospitalité, d'accueil des indigents, progressivement délaissée par l'hôpital.

L'asile de nuit de la CHN, œuvre catholique, est fondé par le père Virgile². Né en 1845, le père Virgile est le fils d'un meunier. Il étudie au Petit-Séminaire, puis devient prêtre en 1869. Il est également aumônier et vicaire, et constitue une figure philanthropique locale importante. Dans le cadre de ses fonctions cléricales, le père côtoie des personnes en détresse ; « sans domicile, sans travail et sans pain », indique un article de presse de 1910 retraçant sa vie peu après son décès³. Après un séjour à Paris où il découvre le fonctionnement d'un asile de nuit, il ouvre, en lien avec le diocèse, une société de bienfaisance dans une ancienne petite chapelle de la ville, visant à « donner un refuge aux malheureux momentanément sans domicile ni travail ni argent »⁴. L'asile de nuit est inauguré le 15 décembre 1882 en présence des hauts représentants de l'Église de la région. Dans un dortoir unique, une vingtaine de lits sont prévus pour accueillir les nécessiteux, « avec quelques bancs, un petit poêle, une casserole pour chauffer l'eau des bains de pied... » (Eude, 1957, p. 146). Seuls les hommes y sont alors accueillis, une condition encore valable aujourd'hui⁵.

Les deux premiers soirs, l'asile de nuit reste vide, les hommes concernés étant surpris de pouvoir être hébergés gratuitement. L'asile de nuit trouve néanmoins rapidement son public. En effet, la grande dépression sévit durant les années 1880 (Marec, 2002 ; Pascal, 2014) et ce sont finalement plus de 5 000 « voyageurs », selon les termes de l'époque, qui sont accueillis

¹ « Le père Virgile et son asile », *Ville Lecture Région* n°76, avril-mai 2003.

² Afin de préserver l'anonymat du centre d'hébergement d'urgence qui porte aujourd'hui son nom, celui-ci a été modifié.

³ Cet article de presse est issu des archives associatives de l'établissement. Il s'agit d'une photocopie d'un article de presse ne précisant pas davantage l'origine de ce document.

⁴ « Le père Virgile et son asile », *Ville Lecture Région* n°76, avril-mai 2003.

⁵ Le père Virgile ouvre également en 1885 un établissement d'une dizaine de lits pour les femmes, dont la gestion sera reprise rapidement par les Sœurs franciscaines (Eude, 1957).

la première année à l'asile, en moyenne deux nuits consécutives. Jusqu'à 75 personnes seront hébergées le même soir dans le petit dortoir (Eude, 1957). Face à cet afflux, le père Virgile convient qu'il est nécessaire de disposer de locaux plus grands. En 1885, trois ans après son ouverture, l'asile de nuit déménage dans un immeuble devenu aujourd'hui un Centre d'hébergement d'urgence (CHU) portant le nom du père. À Paris, les institutions destinées aux vagabonds créées à la fin du XIX^e comme la Maison de Nanterre et la Mie de Pain¹, sont également restées, à l'image du foyer du père Virgile, des institutions centrales dans le paysage de l'hébergement social (Katz, 2015 ; Aranda, 2019).

À l'époque, l'acquisition de ce grand bâtiment est due au seul investissement du père et des paroissiens et paroissiennes. La sœur du père Virgile participe elle aussi à la création de l'asile et à sa gestion. Dans ce nouvel établissement, 250 hommes peuvent être accueillis. Ils dorment alors dans un dortoir unique, composé de lits superposés. Il n'est toutefois pas rare qu'en cas de forte affluence, près de 400 hommes soient accueillis, dans des conditions pour le moins spartiates. L'asile fonctionne exclusivement de nuit. Les hébergés peuvent arriver aux alentours de 18 heures, selon les saisons, et doivent quitter le foyer au petit matin. L'hébergement est proposé gratuitement, mais celui-ci est temporaire, à l'image des autres asiles de nuit de l'époque (Katz, 2015 ; Aranda, 2019). Les personnes ne peuvent y être hébergées plus de trois nuits consécutives, et ne sont autorisées à y revenir qu'après six mois d'absence. Outre ces règles de fonctionnement, trois préceptes moraux sont au fondement de cet asile de nuit : une morale religieuse, une morale du travail, et une morale hygiéniste. Ces dimensions morales, largement intriquées, soulignent combien l'enjeu majeur de l'action envers les pauvres relève, à cette période, d'une entreprise de moralisation (Brodiez-Dolino, 2022).

1. La morale religieuse

La morale religieuse structure fondamentalement l'hospitalité délivrée au sein de la CHN, à l'image des autres asiles de nuit de l'époque (Katz, 2015). Localement, l'empreinte religieuse de la CHN constitue un objet de discorde avec le Refuge de nuit qui propose, lui, un accueil laïque dans la ville (Marec, 2002). Ces tensions opposent alors les défenseurs d'une charité républicaine, représentée par la municipalité en ce qui concerne le Refuge de nuit, et les

¹ La Maison de Nanterre, devenue dans les années 1990 le Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (CHAPSA) de Nanterre, a été créée en 1887. La Mie de Pain a été créée en 1891, et est désormais un centre d'hébergement d'insertion et de stabilisation (Aranda, 2019 ; Brodiez-Dolino, 2022).

défenseurs d'une charité chrétienne, affirmée et revendiquée au sein de la CHN (Marec, 2002). Le développement de l'assistance est donc loin de s'opérer sans conflit, d'autant plus dans une ville où les œuvres confessionnelles ont un ancrage local important (Marec, 2002, p. 768).

Au sein de la CHN, cette empreinte religieuse passe d'abord par la personnalité du père Virgile, très largement louée quant à ses qualités chrétiennes et charitables, ce dernier étant décrit comme un homme qui « *respirait la bonté, disposé à écouter, inépuisablement généreux* » et dont « *la charité de ne se décourageait jamais* » (article de presse, 1910). Il est même qualifié de « *Saint-Vincent de Paul de province* »¹. À la mort du père, en 1910, l'asile de nuit est renommé « foyer du père Virgile » (FPV) en son hommage. En 1905, l'asile de nuit devient une association et perd son statut de société de bienfaisance. L'association est alors nommée Charité hospitalière de nuit.

Outre la personnalité du père, les locaux de l'asile de nuit témoignent également de cet ancrage religieux, l'établissement disposant notamment d'une chapelle en son sein. Si tous les hébergés sont acceptés indifféremment selon leur religion, l'accueil à la CHN est bien pensé comme une « œuvre d'évangélisation » (Marec, 2002, p. 765). Au sein du foyer du père Virgile, la vie institutionnelle est en effet largement structurée par la foi. Les accueillis reçoivent à leur arrivée « *une petite feuille rappelant nos devoirs envers Dieu, envers nous-mêmes et envers le prochain* » (rapport sur l'exercice, 1896). Le quotidien y est réglé par un certain nombre de prières, initialement le soir, puis le soir et le matin (Marec, 2002). Si la prière n'est pas obligatoire pour les hébergés, tous sont toutefois tenus de se lever pendant les trois minutes de recueillement et de garder le silence. Yannick Marec pointe la très grande participation des personnes hébergées à ces activités religieuses. Aussi, l'historien s'interroge sur « la capacité réelle des hébergés à ne pas se plier à cet acte de religion qui pouvait apparaître comme une sorte de contrepartie, même formelle, de l'aide obtenue » (Marec, 2002, p. 765). La lecture des archives associatives montre en effet que les hébergés étaient vivement incités à prier pour les charitables donateurs de l'asile de nuit. En 1937, le rapport annuel indique ainsi :

« Au cours de ces soirées, nous avons l'habitude d'inviter nos hôtes à prier pour ceux qui ne les oublient pas. Dans une circonstance où l'"extra" toujours apprécié leur était offert, il nous sembla bon de leur rappeler qu'ils étaient redevables du bien fait à une vieille demoiselle très charitable et que la reconnaissance leur imposait une prière pour elle [...]. Chaque soir, nous sommes heureux de faire prier nos pauvres pour ceux qui les aident et les

¹ « Le père Virgile et son asile », *Ville Lecture Région* n°76, avril-mai 2003.

soutiennent, parce que nous croyons à la particulière influence de la supplication des malheureux sur le cœur de Dieu » (rapport annuel, 1937).

L'incitation à la prière des accueillis agit comme une contrepartie à l'accueil qui leur est proposé, les hébergés devant en effet se sentir redevables et reconnaissants de l'aide reçue. En parallèle, la charité est, elle, avant tout délivrée dans une quête du salut. Donner aux pauvres, notamment lorsque celui-ci est accablé de tous les maux, fait partie intégrante de la tradition chrétienne (Castel, 1995). Il est alors écrit que mademoiselle Virgile, sœur du père, disait souvent : « *quand je n'ai rien à donner à ces braves gens, j'éprouve la tentation d'aller me cacher* » (rapport annuel, 1937). Bronislaw Geremek indique avec justesse que : « la présence des pauvres dans la société chrétienne est considérée comme s'inscrivant tout naturellement dans le plan du salut. "Dieu aurait pu rendre tous les hommes riches, mais il a voulu qu'il y ait des pauvres pour que les riches puissent ainsi racheter leurs péchés" : voilà la phrase qu'on lit dans *La Vie de saint Eloi* et qui résume, par une formule devenue classique, l'essentiel de cette théorie » (Geremek, 1987, p. 29). Cette logique se retrouve avec vigueur dans les rapports de l'asile destinés aux donateurs, afin que ces derniers fassent acte de charité. En 1929, le rapport stipule que : « *Dieu voit tout. Il compte tout et ne laisse pas le moindre acte de charité cordiale et sincère sans récompense* » (rapport annuel, 1929). Aussi, à l'image de l'engagement des catholiques chez Emmaüs, la CHN fonctionne sur un « espoir du Salut par les œuvres » (Brodiez-Dolino, 2009, p. 22).

Cette quête du salut par la charité s'appuie en outre sur une idéalisation du dénuement des pauvres, décrits comme n'ayant pas besoin de beaucoup pour être satisfaits : « *il faut si peu de choses à ces pauvres pour les rendre heureux ! la moindre délicatesse envers eux suffit pour faire constater leur joie par l'épanouissement de leur physionomie* » (rapport annuel, 1929). L'ensemble de ces éléments encourage alors les dons charitables, qui constituent la totalité du financement de l'asile de nuit jusqu'en 1958. La CHN, à l'image de la Mie de Pain à Paris – et plus largement de la très grande majorité des œuvres d'assistance – est donc profondément marquée par une « matrice chrétienne » structurante depuis les origines de l'association (Aranda, 2019, Brodiez-Dolino, 2022, p. 30). Si cette fondation religieuse commence à s'étioler à la fin des années 1950, elle imprègne vigoureusement l'asile de nuit pendant plus de 70 années de fonctionnement.

2. La morale du travail

Bien que la morale religieuse guide largement le fonctionnement de l'asile de nuit, il est réducteur de ne s'en tenir qu'à cet aspect. À l'image des autres établissements du monde de l'assistance, ces derniers ne peuvent se réduire à cette seule facette charitable (Aranda, 2022). En parallèle, l'enjeu du travail structure profondément l'asile de nuit dès son ouverture.

À l'instar des asiles de nuit situés à Paris et à Marseille, la Charité hospitalière de nuit accueille avant tout des personnes de passage dans la ville. Les vagabonds s'y font assez rares et ce sont les travailleurs saisonniers qui constituent la majorité du public accueilli. « *En résumé, nos hôtes habituels sont de braves ouvriers qui cherchent à travailler* », indique le père Virgile dans le rapport sur l'exercice de 1889. La plupart des pensionnaires de l'époque avaient alors un métier : en 1928, sur 2 601 hommes accueillis, seulement 17 sont sans profession (rapport annuel, 1929). La très grande majorité sont ouvriers du sol (1 581 sur cette année-ci). Cette catégorie correspond principalement à des emplois agricoles comme vachers, charretiers, jardiniers, ou encore domestiques de ferme. Ces données abondent dans le sens des constats établis par Robert Castel ; ces voyageurs sont essentiellement des travailleurs qui s'expatrient des campagnes à la recherche d'un emploi en ville (Castel, 1995). Le public de l'asile de nuit fluctue alors considérablement en fonction des possibilités d'emploi dans la ville. Au sein du foyer, un tableau mis à jour régulièrement annonce les emplois vacants à proximité. Il y est également distribué une liste faisant figurer les noms des patrons du coin. Les asiles de nuit constituent en cela des « pépinières d'artisans », composées d'une main-d'œuvre peu coûteuse (Bregeon, 2008, p. 31).

La fermeture de l'établissement au petit matin est corrélée à une injonction au travail. Il est ainsi stipulé dans le règlement intérieur : « *une demi-heure après le lever, tous les pensionnaires devront quitter l'établissement pour aller se procurer du travail* » (rapport annuel, 1929). Cette injonction s'inscrit dans un héritage historique de mise au travail des pauvres qui s'est instauré au sein de l'Hôpital Général, puis qui s'est rejouée au sein des Dépôts de mendicité. Dans cette société industrielle du début du XX^e siècle, marquée par la recherche de main-d'œuvre, l'injonction au travail des pauvres se construit comme une exigence sociale et économique (Bodin, 2018).

Toutefois, parmi les hébergés, tous n'entretiennent pas le même rapport au travail. Pour certains, l'appel de l'errance et du voyage est considéré comme étant plus fort que la morale du travail. Un extrait du rapport sur l'exercice de la CHN de 1897 cité par Yannick Marec stipule

ainsi : « *Il a fallu apprendre son métier. Cet apprentissage ne consistait pas dans l'organisation matérielle, mais bien plutôt dans une étude des pensionnaires qui permit une sélection entre les vrais nécessiteux et les professionnels de la mendicité* » (Marec, 2002, p. 773-774). Le risque perçu à l'époque est celui de proposer l'accueil à des mendiants professionnels, qui ne chercheraient pas réellement à trouver du travail. En cela, la distinction entre « bons » et « mauvais » pauvres évolue sensiblement. Ce n'est plus tant la capacité à témoigner physiquement d'une incapacité à travailler qui prévaut, mais la dimension intentionnelle ou non de l'absence de travail. En ce sens, il s'agit donc d'héberger ceux qui sont confrontés involontairement à l'absence de travail. Les « chômeurs involontaires », contrairement aux « oisifs professionnels », deviennent éligibles à l'assistance (Damon, 2007 ; Aranda, 2019). Cela rejoint les analyses de Christian Topalov, qui montre que la fin du XIX^e siècle est marquée par la « naissance du chômeur » (Topalov, 1994). La société reconnaît à partir de 1880 l'existence d'un chômage involontaire, lié notamment aux mutations salariales et économiques du pays. Rapportée aux fonctionnements des asiles de nuit de l'époque, cette évolution est centrale. En effet, ces refuges présentent une première réponse non répressive au vagabondage, en reconnaissant qu'une partie de cette population ne l'est pas par choix (Katz, 2015). Alors que la répression des vagabonds sévit depuis la fin du Moyen Âge, le tournant du XX^e siècle marque, par le biais des asiles de nuit, une première orientation vers une réponse non répressive du problème (Brodiez-Dolino, 2022). L'assistance, après s'être construite à destination des pauvres incapables de travailler, se développe progressivement auprès de ceux qui ne trouvent pas à travailler (Brodiez-Dolino, 2013b).

3. *La morale hygiéniste*

Outre la morale religieuse et la morale du travail, un troisième élément structure le fonctionnement du foyer du père Virgile : l'hygiène. Dès l'ouverture de l'asile, le père Virgile constate les importantes dégradations physiques et morales des accueillis. Sur les murs du foyer, à côté des emplois vacants, figurent des préceptes hygiénistes incitant les hébergés à certaines mesures de propreté. Dans le nouveau bâtiment ouvert en 1885, une étuve à désinfection et des appareils à douches sont présents dans l'établissement¹. L'hygiène fait alors partie des secours fondamentaux fournis à ces nécessiteux, au même titre que le repas et le lit. L'accueil est ainsi fondé sur ces trois aspects : « *le bain, la pitance, le lit* » (article de presse, 1910). Pour quelques

¹ « Le père Virgile et son asile », *Ville Lecture Région* n°76, avril-mai 2003.

sous, les voyageurs peuvent également se faire couper les cheveux et se faire raser. Cette attention sanitaire naissante dans la prise en charge des sans-abri doit être remarquée, car elle se perpétuera et se renforcera largement au cours de l'histoire de la CHN, constituant un véritable fil conducteur de la politique associative.

Cette attention à l'hygiène ne concerne pas seulement la CHN. Lucia Katz indique en étudiant différents asiles de nuit à la même période que « décrotter le misérable » constitue un enjeu important du fonctionnement de ces établissements (Katz, 2015, p. 77). À l'image des asiles de nuit parisiens, cette attention à l'hygiène se traduit par une injonction à l'hygiène au sein de la CHN (Aranda, 2019). À l'ouverture de l'asile, les accueillis reçoivent trois jetons, l'un avec leur numéro de lit, le deuxième pour le cuisinier¹, et le troisième pour « *le bain de pieds obligatoire* » (article de presse, 1910). Les hébergés les plus sales sont lavés dans l'étuve à désinfection. Le fait que la CHN soit munie d'un tel équipement n'est pas anodin. En raison de son coût important, tous les asiles de nuit ne disposent pas d'étuves à désinfection (Katz, 2015). Cette spécificité de la CHN souligne l'importance majeure accordée à l'hygiène au sein de cet asile de nuit de province. Aussi, le rapport annuel de 1929 stipule que chaque hébergé est : « *tenu de se soumettre aux mesures de propreté en usage dans l'établissement. Avant de partir, chacun doit faire son lit, ainsi que se laver. Tout homme dont le lit sera trouvé en état de malpropreté en sera privé* ». La dimension coercitive du rapport à l'hygiène est intéressante, car elle se recompose dans l'histoire sous différentes formes. Encore aujourd'hui, il n'est pas rare d'entendre qu'un hébergé peut être mis à pied si son hygiène corporelle, ou celle de sa chambre, s'avèrent trop dégradées.

L'importance accordée à l'hygiène prend sens lorsqu'on la rapporte aux enjeux de l'époque. Le XIX^e siècle est en effet traversé par le développement du mouvement hygiéniste. La tuberculose, la peste, le choléra, mais également l'alcoolisme constituent des maladies endémiques, qui causent une mortalité inquiétante. La santé publique se développe et entraîne une recrudescence d'attention concernant les conditions de vie des Français (Fassin, 2003). Les liens entre les questions sanitaires et sociales se renouvellent, puisque la santé publique insiste sur le fait que l'environnement social et la maladie sont liés (Duvoux, Vezinat, 2022). Les pauvres, et notamment les vagabonds, mendiants et clochards, constituent dans les représentations une population particulièrement contagieuse en raison de leurs déplacements et

¹ Le menu est toujours le même : du riz cuisiné avec de la graisse en hiver, et du pain en été. Du saucisson était donné les jours de fête.

des faibles mesures d'hygiène qu'ils appliquent. Lucia Katz indique ainsi que « la contamination est l'ennemi absolu et l'individu errant est le plus exposé. Peu importe son errance, il peut être contagieux » (Katz, 2015, p. 79). Pour Georges Vigarello, lutter contre la saleté des pauvres est un enjeu ancien, qui rejoint plus largement des enjeux moraux. La vertu des pauvres est corrélée à leur degré d'application des règles d'hygiène : « la propreté du pauvre serait le gage de sa moralité » (Vigarello, 1985, p. 207). L'enjeu de leur propreté constitue alors une condition du maintien d'un ordre moral (Vigarello, 1985). En cela, les pauvres deviennent des cibles privilégiées de cette « véritable "croisade" d'hygiène sociale et morale contre le vagabondage et la mendicité » (Damon, 2007, p. 6).

En outre, le fait que la CHN développe cette attention particulière quant à l'hygiène des accueillis s'explique car la ville concernée est déjà très organisée sur le plan sanitaire, comprenant des hôpitaux et hospices, ainsi qu'un bureau de bienfaisance et un dispensaire organisant la distribution des besoins sanitaires. À la fin du XIX^e siècle, la ville est confrontée à des problèmes d'insalubrité majeurs, et est même qualifiée de « *ville-mouroir*¹ ». Aussi, en 1883, un an après l'ouverture de l'asile de nuit, un Bureau d'hygiène est créé dans cette ville industrielle où les pathologies épidémiques constituent un fléau. S'il ne s'agit pas du premier Bureau d'hygiène créé en France, il constitue un modèle précurseur quant à « l'émergence d'un service public sanitaire et social » (Marec, 2012). Attentif aux pathologies des pauvres, et notamment à l'alcoolisme et la tuberculose, ce Bureau d'hygiène développe une vigilance aux vulnérabilités à la croisée du sanitaire et du social. Alors que l'aide médicale gratuite se met en place dix ans plus tard en 1893 – permettant l'accès aux soins des personnes sans ressources ainsi qu'aux femmes en couches – la ville devient un modèle national de sa mise en œuvre, du fait de ce maillage socio-sanitaire préexistant localement (Brodiez-Dolino, 2013b). Lieu central de la mise en place de l'hygiénisme et où les liens entre les vulnérabilités sociales et sanitaires sont pensés dans leurs articulations, la sensibilité ancienne de l'asile de nuit vis-à-vis des problématiques sanitaires des sans-abri se rapporte en partie à cette singularité de la ville dans laquelle l'établissement prend place.

Le mouvement hygiéniste participe alors fortement au développement de l'assistance. Il encourage en effet le travail de veille morale et sanitaire auprès des classes populaires, comme on le repère au sein de la CHN. C'est dans cette dynamique que se créent les premières écoles de travail social entre 1900 et 1913 (Pascal, 2014). Il s'avère que le contenu de ces premières

¹ « Le père Virgile et son asile », *Ville Lecture Région* n°76, avril-mai 2003.

formations, uniquement réservées aux femmes, est largement dominé par les sciences médicales. « Les matières enseignées sont les suivantes : anatomie et physiologie, petite chirurgie, pharmacie, médecine générale, hygiène générale, soins aux nerveux et aux aliénés, médecine infantile, soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés, soins à donner aux malades d'affections cutanées », indique Henri Pascal (2014, p. 74). Parallèlement, le métier d'infirmière visiteuse se développe, au carrefour de l'assistance et du sanitaire. Ces femmes sont alors chargées d'une mission de lutte contre « les fléaux sociaux [...] que sont avant tout la tuberculose, l'alcoolisme et les maladies vénériennes » (Pascal, 2014, p. 48). C'est dans l'entre-deux-guerres que le service social et les soins infirmiers finiront par se distinguer. En 1932, le diplôme d'État d'assistante de service social est créé, mais maintient une première année d'études médicales commune aux infirmières. Puis, en 1938, les métiers d'infirmières et d'assistantes de service social (ASS) se séparent définitivement (Brodiez-Dolino, 2013b). Ces éléments permettent à nouveau de saisir combien l'émergence de la question sociale fut historiquement dépendante de la tutelle médicale.

Alors qu'émerge progressivement le travail social du sillon de l'hygiénisme, l'hôpital évolue lui aussi. Comme je l'ai montré localement, l'hôpital met lentement à distance ses fonctions d'hospice envers les pauvres durant le XIX^e siècle (Geeraert, 2014). Pour autant, durant le XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, l'hôpital est encore loin de s'adresser à tous les publics. Les pauvres y meurent encore souvent. Le nombre important de décès de patients pauvres à l'hôpital permet d'ailleurs la réalisation de nombreuses autopsies, favorisant le développement d'un certain nombre de connaissances médicales (Geeraert, 2014). Ces prémices de la médicalisation de l'hôpital montrent avant tout le tiraillement de cette institution, au tournant du XX^e siècle, entre sa mission traditionnelle d'accueil des pauvres et sa volonté de technicisation médicale (Parizot, 2003). À cette période, le foyer du père Virgile se partage alors avec l'hôpital la prise en charge des pauvres les moins valides. Yannick Marec indique qu'en 1893, 229 hommes hébergés à la CHN proviennent de l'hospice. Dans le rapport d'activité, cette situation est commentée ainsi : « *si cet établissement a reçu quelques-uns de nos hôtes, nous lui avons rendu amplement ses avances par ce chiffre bien respectable* » (Marec, 2002, p. 777-778). Une frange des accueillis oscille ainsi entre l'asile de nuit et l'hospice de la ville. Les mouvements des sans-abri entre ces différentes institutions montrent que si leur accueil commence à revenir de manière privilégiée à l'assistance, cette scission est loin d'être radicale.

De surcroît, cela souligne que l'asile ne se cantonne pas à l'accueil d'une population proche du travail, mais accueille aussi des pauvres invalides : « *que seraient devenus les 167 enfants âgés de moins de treize ans et 117 vieillards âgés de plus de soixante-dix ans, nombre de convalescents, poitrinaires, rhumatisants, etc., qui sortent de l'hospice imparfaitement guéris, qui ne peuvent travailler et que la charité ne permet pas de mettre dehors sans qu'ils aient trouvé un autre gîte ?* » (rapport sur l'exercice 1897, cité par Marec, 2002, p. 778). Cette réflexion, rapportée par Yannick Marec, dépeint le fait que de nombreuses personnes invalides se présentent à la porte de l'asile de nuit pour demander l'hospitalité. En leur qualité de « bons pauvres », témoignant par leur âge ou par leur infirmité d'une incapacité à travailler, l'asile de nuit ne peut leur refuser le gîte (Katz, 2015). La CHN héberge donc à la fois des personnes proches du travail – des oisifs involontaires – mais aussi des pauvres qui en sont plus éloignés. Mauricio Aranda établit le même constat au sein des asiles de nuit parisiens, analysant une dualisation du public dès leur ouverture, proposant d'une part une assistance par le travail, et accueillant, dans le même temps, une frange d'« irréductibles », considérablement éloignés de l'emploi (Aranda, 2019, p. 209). Parce qu'ils demeurent des candidats privilégiés dans l'accès à l'assistance, ces bons pauvres trouvent un accueil au sein des asiles de nuit. Dès lors, garantir l'hébergement des personnes vulnérables va s'ériger comme un précepte structurant, qui va traverser les époques au sein de l'association.

III. Émanciper le social du médical

Durant la première moitié du XX^e siècle, l'hôpital emprunte plus fermement la voie de la technicisation médicale. La Première Guerre mondiale constitue un moment important de sa médicalisation, renforçant en retour l'affectation de la prise en charge des pauvres à l'assistance (Brodiez-Dolino, 2013b). En 1941, l'hôpital s'ouvre à tous les publics, marquant là une rupture forte avec son histoire d'accueil des indigents (Parizot, 2003).

Après la Seconde Guerre mondiale, l'appareil économique est pensé comme étant particulièrement efficace, réduisant le chômage à un degré résiduel (Aranda, 2019). L'assistance est envisagée comme un « vestige voué à disparaître » (Brodiez-Dolino, 2013a, p. 24). Ce sont alors des politiques assurantielles, comme la Sécurité sociale créée en 1945, qui se développent. Ces politiques assurantielles sont avant tout pensées pour protéger et améliorer les conditions de vie de travailleurs. Dès lors, le sans-abrisme ne constitue plus un problème public. Pourtant, la pauvreté perdure, car des populations échappent aux mailles du filet des politiques assurantielles (Brodiez-Dolino, 2013a). C'est de ce constat que se créent de

nombreuses œuvres comme le Secours catholique (1946), le Secours populaire (1945) ou encore Emmaüs (1949) entre 1945 et 1950. Les constats établis par ces associations quant à la persistance de populations demeurant en dehors du salariat les amènent à penser et à structurer la question de la pauvreté en dehors de la question ouvrière (Viguié, 2020).

Dans le même temps, la crise du mal-logement d'après-guerre devient un véritable problème public (Brodiez-Dolino, 2020). L'assistance devient l'aide sociale en 1953 et le décret du 29 novembre de la même année instaure l'aide sociale en matière de logement et d'hébergement (Bregeon, 2008 ; Aranda, 2019). Il s'agit de la première action publique en matière d'assistance en direction des personnes dépourvues de logement, les initiatives préalables étant avant tout privées (Aranda, 2019). Ce décret initie la création de centres d'hébergement, financés et agréés par l'État, voués à héberger et réadapter les personnes sans-logement au sein de la société. Ces établissements d'hébergement proposent un accueil au long cours contrairement aux asiles de nuit. Les populations pouvant y être accueillies sont les personnes sortantes d'établissements hospitaliers, libérées de prison et les personnes en danger de prostitution (Aranda, 2019)¹. Paradoxalement, les vagabonds demeurent exclus de ces établissements, et restent cantonnés à l'accueil temporaire et à bas seuil proposé par les asiles de nuit, non financés par l'État (Aranda, 2019). Cette période marque le début de la dualisation de la politique d'hébergement, avec d'un côté, des centres d'hébergement encadrés par l'État proposant des accueils plus longs et visant la réadaptation par le travail, et de l'autre une réponse non reconnue par l'action publique, marquée par la ponctualité de l'hébergement, prémices de la politique d'urgence sociale (Aranda, 2019).

La création de l'aide sociale, fille de l'Assistance publique, marque une prise de distance de plus en plus affirmée du social vis-à-vis du médical. En s'institutionnalisant, l'aide sociale s'autonomise. Dans cette dernière partie de chapitre, je vais montrer comment le triptyque moral de la CHN, précédemment décrit, se recompose en s'affirmant clairement dans une dynamique de travail social.

1. La réadaptation par le travail

En 1958, l'asile de nuit de la CHN est contraint de fermer pendant 6 mois, en raison de l'insalubrité de ses locaux. Les travaux permettent alors la création de douches individuelles,

¹ En 1959, l'aide sociale à l'hébergement sera étendue aux vagabonds dits reclassables, soit aux « bons vagabonds », en opposition aux clochards (Aranda, 2019).

d'un vestiaire et l'installation de nouveaux lits. Cette rénovation sera financée par l'Église, mais également avec de premières aides des pouvoirs publics grâce à l'instauration de la loi d'aide sociale à l'hébergement de 1953. En effet, cette politique est en pratique majoritairement déléguée aux œuvres qui ont acquis une expérience en la matière, comme la CHN. Ces associations historiques, pour recevoir des financements publics, sont encouragées à créer des centres d'hébergement subventionnés, comme je vais le montrer dans cette sous-partie (Aranda, 2019).

Un conseil d'administration est créé, suite à la fermeture de la communauté religieuse gérant jusqu'alors l'association. Si l'empreinte religieuse reste forte, cette période doit être envisagée comme une première étape de la laïcisation de l'association. En outre, à sa réouverture, le foyer du père Virgile embauche un premier salarié. Ce dernier est issu d'une famille ouvrière chrétienne, dont le père était bénévole au foyer du père Virgile et vicaire. Ce premier salarié du FPV reçoit lui-même une formation religieuse en tant que membre de la Jeunesse ouvrière chrétienne (JOC). Il travaille comme mécanicien puis à la compagnie générale des Eaux. À 29 ans, l'abbé œuvrant à la reconstruction de l'asile de nuit le sollicite pour en devenir salarié. Il s'installe alors avec sa femme¹ au foyer du père Virgile, pour y travailler et y vivre au quotidien. Des bénévoles continuent d'intervenir en parallèle, notamment pour la distribution de la soupe. Si l'empreinte catholique reste prégnante, cette première embauche initie le développement du salariat associatif au sein de la CHN (Simonet, 2012).

Dès la réouverture de l'asile de nuit, un objectif de reclassement des accueillis s'affirme : « *nous ambitionnons de faire mieux en faveur de nos hôtes que de leur offrir la soupe et le lit. La principale misère n'est pas matérielle, elle consiste le plus souvent dans le manque de travail qui entraîne l'impossibilité de vivre dignement et nous voulons nous attaquer à ce problème : reclasser un nombre important de nos visiteurs²* ». En 1958, l'association crée alors au sein du foyer du père Virgile un secteur de réadaptation par le travail de vingt places. Dans ce dispositif, les accueillis peuvent être hébergés plus durablement, généralement quelques mois, en cohérence avec le développement de la politique d'aide sociale en matière d'hébergement. En 1964, un nouveau centre d'hébergement ouvre ses portes au sein de l'association, dans un lieu différent de celui du foyer du père Virgile. Il s'agit du premier

¹ Cette femme n'est pas salariée, bien qu'elle travaille en réalité quotidiennement au sein de l'asile de nuit.

² Extrait du discours de réouverture du foyer du père Virgile, 1958.

déploiement géographique de l'association. Les vingt places destinées à la réadaptation par le travail sont transférées dans ce nouvel établissement, financé par les aides publiques.

L'obtention de ces financements publics permet à l'association de poursuivre le recrutement de salariés. En 1964, deux hommes, dont le frère du premier salarié, sont recrutés au foyer du père Virgile, puis un quatrième en 1969¹. Cette salarisation contribue à préciser les activités réalisées au sein de l'association et à poser comme horizon le retour au travail durable des accueillis. La logique de réinsertion par le travail marque alors profondément l'action des premiers salariés associatifs dans une dynamique de travail social. La pauvreté est pensée en termes d'inadaptation (Fassin, 2006b) et le travail apparaît comme la solution majeure à apporter aux personnes sans logement. Dans un contexte de plein-emploi, le salariat constitue la norme unique de l'intégration sociale. L'objectif est en effet de faire sortir les personnes de l'aide sociale et de les faire regagner le système de protection assurantiel. Ces éléments permettent de souligner que la question de l'insertion, avant de se voir politisée, a d'abord été pensée par des acteurs associatifs, comme ici à la CHN (Eme, 1997). Cette première formulation associative de l'insertion est ainsi largement fondée sur l'enjeu du travail.

En 1973, alors qu'un grand séminaire de la ville est à la vente, la CHN se positionne pour investir les lieux². De nombreux promoteurs et associations locales souhaitent obtenir cette grande bâtisse, mais c'est la Charité hospitalière de nuit que le diocèse choisit, « *pour rester fidèle à l'esprit du Vatican : à savoir "priorité aux pauvres"* » (rapport d'activité, 1974). Un administrateur de la CHN, par ailleurs abbé et aumônier, a joué le rôle d'intermédiaire entre le diocèse et l'association, afin qu'elle puisse obtenir cette bâtisse. Ce grand bâtiment va permettre d'ouvrir la Résidence des Peupliers, composée de deux nouveaux centres d'hébergement, l'un pour les hommes, de 120 places, l'autre pour les femmes seules et les femmes avec enfants, de 75 places. Ces centres d'hébergement sont uniquement encadrés par des professionnels salariés. L'épouse du premier salarié du foyer du père Virgile devient la directrice du foyer pour femmes. Au milieu des années 1970, les bénévoles distribuant la soupe au foyer du père Virgile cessent d'intervenir. L'extension de l'association est donc un tournant notable pour la CHN qui poursuit sa professionnalisation comme une association de travail social. De premières formations d'animateurs sociaux commencent à être envisagées pour ces

¹ Ces derniers logent également sur place, au sein de l'asile de nuit. Aucun de ces quatre hommes n'est alors diplômé du travail social.

² Cette même année, l'association acquiert également un domaine rural où plusieurs dispositifs d'hébergement et d'accompagnement seront créés.

salariés¹, et une convention collective est instituée. Localement, l'ouverture de ces deux centres d'hébergement coïncide également avec un archivage plus précis des documents institutionnels. C'est en effet à partir de 1974 que les rapports d'activité ont pu être retrouvés avec une plus grande régularité. On peut supposer que ces centres d'hébergement, financés par des dotations publiques, se sont vus en retour enjoins à justifier de leurs activités ; ce qui pourrait expliquer l'attention dès lors portée à la rédaction et à l'archivage de ces écrits.

Ces deux nouveaux dispositifs d'hébergement sont également des centres de réadaptation par le travail, accueillant des hébergés estimés aptes à travailler. En 1974, le rapport d'activité de la CHN énonce ainsi que : « *le travail est la clé de la réinsertion sociale de nos hébergés. On ne peut envisager la valeur du travail en tant que seule et unique monnaie d'échange à disposition, que seul outil de réinsertion* » (rapport d'activité, 1974). La participation à des « ateliers de travail » y est alors obligatoire. Par exemple, les femmes travaillent à l'entretien de la literie de l'ensemble des établissements de l'association, désormais situés sur quatre sites. Ces ateliers mettent alors les hébergés au travail – sans statut salarié – en échange d'un pécule et d'un accompagnement vers un retour à l'emploi (Bregeon, 2008). Ces ateliers ne sont pas nouveaux au sein du monde de l'assistance, puisque depuis les années 1950, différentes associations permettent à une partie de leurs accueillis de travailler à différentes tâches au sein des centres d'hébergement, comme l'entretien des locaux ou la cuisine par exemple (Brodiez-Dolino, 2020). Ces ateliers visent la réinsertion des hébergés concernés, mais permettent également de faire fonctionner les établissements à moindres coûts. En 1979, le législateur instaure les Centres d'adaptation à la vie active, qui deviendront les Ateliers d'adaptation à la vie active (AAVA), entérinant dans la loi ces ateliers existant déjà au niveau local. Ces configurations locales témoignent alors d'un mouvement général tourné vers la réadaptation au sein de l'aide sociale (Bodin, 2018).

Le 19 novembre 1974 sont institués les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) par le Code de la famille et de l'aide sociale et le Code du travail, remplaçant les centres d'hébergement existant depuis 1953. Les deux centres d'hébergement de la Résidence des Peupliers deviennent alors rapidement des CHRS. Les populations éligibles s'étendent puisque cette loi instaure la possibilité d'accès de l'ensemble des vagabonds aux CHRS, desquels ils étaient jusqu'alors exclus (Aranda, 2019). En outre, ce sont également les familles, les étrangers, ou encore les personnes sous contrôle judiciaire qui se voient autorisés

¹ Plus de détails seront apportés au chapitre 5.

à accéder à cette aide sociale (Bregeon, 2008 ; Aranda, 2019). Cet élargissement des populations éligibles aux CHRS inaugure l'instauration de passerelles entre les asiles de nuit et les CHRS. En effet, les asiles de nuit deviennent progressivement le « premier maillon d'un système d'hébergement » (Aranda, 2019, p. 207), signe de l'application du modèle d'hébergement « en escalier » (Gardella, 2014a, p. 44).

Au niveau national, le nombre de places en CHRS passe de 20 000 à 30 000 durant la décennie des années 1970, les associations étant largement soutenues par l'État dans cette croissance (Viguié, 2020). En contrepartie du soutien financier de l'État, les associations sont incitées à mettre à distance la tradition asilaire du travail mené auprès de ces populations marginales (Viguié, 2020). Cette évolution coïncide avec celle de la figure du vagabond, qui laisse progressivement la place à celle du clochard, suscitant davantage la pitié et le secours que la sanction et le redressement (Damon, 2007 ; Aranda, 2019). C'est en cela que le vocable de la réadaptation prend sens : la responsabilité de la marginalité n'est plus imputée à un vice interne contre lequel aucun changement ne paraît possible. Au contraire, il devient souhaitable et envisageable d'accompagner ces pauvres dans un retour à une vie sociale ordinaire. Dans ce même mouvement, les condamnations pour vagabondage et mendicité baissent nettement à partir des années 1960 (Damon, 2007). Pour Mauricio Aranda cette étape marque le « rapatriement des vagabonds du domaine pénal au domaine social » (Aranda, 2019, p. 129). Cette période constitue en effet un moment de redéfinition du problème du sans-abrisme, dont l'enjeu notable est celui du passage de la répression à la réadaptation (Damon, 2007).

En outre, le travail d'Alexandre Vexliard, psychosociologue, a quelques années auparavant contribué à la rupture avec les orientations pathologisantes qui prévalaient jusqu'alors sur la définition du vagabondage. À la fin des années 1950, il explique ainsi qu'« il n'apparaît pas que le vagabondage soit le signe particulier et, à plus forte raison, d'un trouble unique » (Vexliard, 1998 [1957], p. 413). Au contraire, le psychosociologue insiste sur la dimension processuelle de la désocialisation, et son caractère réversible. Aussi, cette période d'après-guerre ne marque pas seulement le rapatriement du vagabondage du « domaine pénal au domaine social » comme l'indique Mauricio Aranda (2019, p. 129), mais c'est également la période du rapatriement de cette question du domaine médical au domaine social. Ce double rapatriement se matérialise par le développement du paradigme de la réadaptation, marquant une affirmation proprement sociale dans la prise en charge du sans-abrisme.

2. *L'affirmation médicale de l'hôpital*

En parallèle, l'hôpital affirme définitivement sa mission curative des maladies, en délaissant son rôle d'hospice. Après les lois Debré de 1958 instaurant les centres hospitaliers universitaires (CHU) et développant l'enseignement et la recherche médicale, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière affirme que la mission de l'hôpital est fondamentalement celle de la prise en charge et du traitement des pathologies médicales (Bauduret, 2013). Cette loi engage une division forte du système de protection sociale, entre d'un côté, ce qui relève du sanitaire et du médical, et de l'autre, ce qui se rapporte au social et au médico-social (Jaeger, 2012 [2006]). C'est également en 1970 qu'est instaurée une première direction de l'Action sociale au sein du ministère de la Santé, marquant cette distinction de plus en plus affirmée entre le social et le médical (Ion, 2005a). Les lois du 30 juin 1975 concernant les institutions sociales et médico-sociales et en faveur des personnes handicapées viennent ensuite pleinement consacrer cette distinction (Wolff, 2018). « Sémantiquement, symboliquement et institutionnellement, le médical et le social sont séparés », indique Isabelle Parizot (2003, p. 48).

La loi sur le Handicap de 1975 marque en effet « la reconnaissance par les pouvoirs publics de la vulnérabilité sanitaire indépendamment de la précarité sociale » (Brodiez-Dolino, 2013a, p. 28). La Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS), créée en 1956 et regroupant différentes associations d'hébergement social, tente de faire intégrer le terme « handicap social » dans cette loi majeure qui s'élabore en faveur des personnes handicapées. Les acteurs de l'aide sociale à l'hébergement voient une opportunité au fait que les sans-abri puissent être considérés dans la loi comme des personnes présentant un handicap social (Bregeon, 2008). La réflexion de ces acteurs associatifs prend sens au regard de la longue tradition de l'articulation des vulnérabilités sociales et sanitaires. Néanmoins, cette tentative de la FNARS se solde par un échec. Le législateur retient une définition du handicap se cantonnant aux altérations physiques, sensorielles et mentales. Ce refus d'intégrer le handicap social témoigne d'une volonté de désormais scinder les questions sanitaires des questions sociales. Les années 1970 marquent alors un tournant dans l'émancipation des vulnérabilités sociales vis-à-vis des vulnérabilités sanitaires.

Ces mouvements impactent l'accueil des plus pauvres à l'hôpital. Autrefois son cœur de cible, les plus démunis ne permettent désormais plus à l'hôpital de faire ce qui est devenu son vrai travail, ou plutôt son beau travail. Quand bien même les sans-abri témoignent de pathologies, ces patients ne constituent pas de « beaux cas » (Parizot, 2003, p. 50) et se voient

écartés de l'hôpital (Gardella, Cefai, 2011). C'est ce que décrit un des premiers salariés de la CHN en entretien :

« L'hôpital ne prenait pas volontiers ces personnes qui étaient pouilleuses, qui étaient sales... Donc c'était un sacré problème lorsque des soins importants étaient nécessaires, parfois ils étaient remis dehors, il y en a même certains qui sont morts sur le trajet retour, de l'hôpital au foyer. Moi j'avais une solution par rapport à ça, c'est-à-dire qu'avant de les descendre à l'hôpital, je les douchais, je les mettais en pyjama et je les descendais aux urgences, et puis ils n'avaient pas à les baigner, donc on les rasait et tout avant ».

Gaspard Lemoine¹, salarié de la CHN de 1969 à 1978, puis membre du CA² depuis 1982, 72 ans

Dans les années 1970, période à laquelle exerce ce salarié, l'hôpital témoigne en effet de réticences à la prise en charge de ce public qui était pourtant autrefois sa cible. L'hôpital se concentre désormais sur les aspects médicaux techniques et la réduction des durées d'hospitalisations, potentiellement contrariées par l'accueil de ces patients sans-abri (Parizot, 2003 ; Geeraert, 2014). « Ce qui compte c'est la technique, et non pas la capacité à soigner », indique Jérémy Geeraert (2014, p. 5). En cela, les patients pauvres ne s'avèrent ni rentables, ni prestigieux.

Parallèlement, l'institution psychiatrique est également marquée par des bouleversements majeurs (Goffman, 1968 [1961], Castel, 1981). Au début des années 1970, l'institution psychiatrique est traversée par un vaste mouvement de contestation, qui sera nommé comme celui de l'« antipsychiatrie » (Jaeger, 2012 [2006]). Le traitement réservé aux malades, jusqu'alors enfermés dans des établissements hospitaliers, devient obsolète et la reproduction de « l'héritage asilaire » devient l'objet d'une critique (Castel, 1981, p. 21). Le « paternalisme médical » est vivement contesté (Feys, 2017), reprochant aux fonctionnements hospitaliers ses dimensions aliénantes, ses hiérarchies et ses cloisonnements. Le discours antipsychiatrique se base notamment sur la revendication du fait que les psychiatres ne sont pas les seuls détenteurs de savoir sur la maladie mentale, mais que tout un ensemble d'acteurs, en premier lieu les patients eux-mêmes, détiennent une expertise. Cette vision implique également que les informations médicales soient partagées, et qu'elles ne restent pas dans le cercle réservé des professionnels médicaux. En conséquence, la psychiatrie entame un processus de

¹ Les personnes que je désigne avec un nom de famille sont des personnes avec lesquelles j'entretiens une relation distante dans l'enquête. Les travailleurs sociaux, infirmières, hébergés et chefs de service de l'association sont en revanche dénommés par un prénom, soulignant le degré de proximité entretenu avec elles et eux.

² Conseil d'administration.

sectorisation, visant à réduire le nombre de places à l'hôpital psychiatrique, au profit du développement de lieux de soins dans la ville (Lovell, Ehrenberg, 2001). La sectorisation, timide dans les années 1960, se met réellement en place dans les années 1970 et implique que les établissements psychiatriques ouvrent leurs portes, permettant aux malades de ne plus être exclus de la société civile.

La psychiatrie et l'hôpital se concentrent désormais sur le caractère aigu des maladies et délaissent leurs fonctions historiques d'hospitalité envers les pauvres. Ces mouvements, procédant d'histoires différentes pour ces deux institutions, ne sont pas sans effets sur le monde de l'assistance. Le processus de désinstitutionnalisation de la psychiatrie fait notamment dire à la CHN que de nombreux malades mentaux chroniques sont sortis des institutions de santé et, du fait de leur isolement social, se sont retrouvés au sein des dispositifs de l'aide sociale à l'hébergement à partir de cette période (Jaeger, 2012 [2006]).

3. La postcure éthylique, pied de nez à la psychiatrie

Quelques semaines après la réouverture du foyer du père Virgile en 1958, l'asile de nuit crée une postcure antialcoolique de six places. En 1974, quand le CHRS des Peupliers ouvre, la postcure est installée dans ce nouvel établissement, et va progressivement disposer d'une trentaine de places. À l'image de la CHN, plusieurs associations du monde de l'assistance luttent également contre le fléau que constitue l'alcoolisme, comme Emmaüs ou encore l'asile de nuit du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (FNDSA), qui créent des accompagnements postcures à la fin des années 1960 (Brodiez-Dolino, 2020). Toutefois, la CHN s'engage dans ce travail une dizaine d'années plus tôt que ces associations, ce qui souligne une nouvelle fois la précocité de sa sensibilité à certains enjeux sanitaires.

L'ouverture de la postcure de la CHN est en partie rendue possible par la progressive ouverture de la psychiatrie vers d'autres acteurs de la ville. Robert Castel analyse que le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie augure une nouvelle manière d'appréhender le soin : « au lieu de soigner le fou par des moyens coercitifs, il faut se mettre à son écoute et tout au plus aider à ses retrouvailles avec lui-même en l'accompagnant au long du parcours de folie » (Castel, 1981, p. 29). S'inscrivant dans ce mouvement, la postcure de la CHN propose de traiter les malades alcooliques d'une manière différente de celle que proposait jusqu'alors l'hôpital psychiatrique. Les curistes sont pensés comme faisant partie de la société,

et devant y être réintégrés. L'objectif est « *d'accueillir des hommes¹ (volontaires) pour les aider à se libérer de leur maladie et amorcer une reprise vers la réadaptation sociale, professionnelle et familiale* » (rapport d'activité 1973). Aussi, l'abstinence, qui constitue à l'époque la seule manière de traiter l'alcoolisme, n'est pas uniquement appréhendée comme un sevrage physique, mais est envisagée sur un temps long, tenant compte du contexte de vie de la personne. Les professionnels de la postcure partent du principe fondamental que l'alcoolisme est une maladie définitive et que la stabilisation de l'abstinence en constitue la difficulté majeure. Pour optimiser l'abstinence, il s'agit donc de tenir compte des réalités quotidiennes des personnes, afin de les accompagner progressivement dans un quotidien sans alcool. En hébergeant et accompagnant les hommes six mois, et parfois plus, la postcure envisage alors une prise en charge au long cours, au sein d'un groupe soutenant, visant la réadaptation de la personne dans la société. Dans ce mouvement, le travail sur l'alcool est envisagé en lien avec un retour vers l'emploi. Un infirmier y ayant travaillé longtemps explique ainsi :

« Ils avaient la possibilité d'avoir deux mois de réadaptation par le travail. Parce qu'à l'époque il y avait tous les ateliers... et non seulement ils avaient la possibilité, mais ils avaient obligation, pour se poser, d'accepter pendant deux mois avec des horaires fixes de participer, pour pouvoir manger à des horaires réguliers, pour dormir à des heures régulières, pour pouvoir dormir dans un lit ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

La réadaptation par le travail est centrale au sein de la postcure, parce qu'elle est pensée comme permettant de retrouver des conditions de vie ordinaires. Le service se voit d'ailleurs nommé officiellement : « service de traitement et de réadaptation des malades alcooliques ». Cette réadaptation par le travail marque une différence profonde avec la psychiatrie. La postcure de la CHN critique la vision hospitalière, focalisée sur les aspects physiologiques de l'alcoolisme, et valorise une vision concurrente, envisageant la dépendance à travers les aspects multiples de la vie sociale. La trajectoire de Richard, infirmier psychiatrique, illustre ce positionnement distancié du médical. Richard a en effet effectué une majeure partie de sa carrière professionnelle au sein de la CHN. Avant cela, il a travaillé dix ans à l'hôpital psychiatrique. Toutefois, le traitement qui était alors réservé aux malades alcooliques l'a profondément heurté. C'est pour cette raison qu'il a quitté l'institution hospitalière pour la postcure de la CHN :

¹ Sur le même modèle, une postcure pour femmes ouvrira dans l'aile féminine du CHRS en 1976.

« Ça m'est venu de voir à quel point on traitait le malade alcoolique comme une bête. Et le malade alcoolique, il aime bien ça, qu'on le dévalorise, enfin il aime bien... Filez un cachet à des gens, et ils se font dessus, ils font dans leur culotte, ils gerbent, et ça c'est le matin, c'est l'après-midi, et on recommence. Bon alors c'est du vin rouge, après une semaine il sort, il boit de la bière parce qu'il ne boira plus jamais de rouge, c'est trop, il est malade. Donc 2 ou 3 mois après il vient, on lui fait la même chose avec de la bière et en plus avec un système de punition, parce que tu as rechuté, ce n'est pas beau, ce n'est pas bien, jugement : « *ça ne va pas ça !* ». Donc moi ça, c'est ce qui m'a vraiment motivé [à quitter l'hôpital psychiatrique], mais de toute façon ça faisait longtemps que moi je voulais accompagner les gens et j'ai toujours fait ça, j'ai toujours eu ce besoin-là ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

Richard explique en effet que dès ses 16 ans, il servait la soupe au foyer du père Virgile en tant que bénévole. Expliquant en outre que « *ça faisait longtemps que moi je voulais accompagner les gens et j'ai toujours fait ça, j'ai toujours eu ce besoin-là* », Richard souligne sa sensibilité à la cause des pauvres (Viguié, 2020). L'existence de la posture de la CHN, proposant des méthodes de soin à son sens moins violentes que celles issues de son expérience hospitalière, l'incite alors à quitter l'hôpital.

Richard est à cette époque le premier et seul infirmier psychiatrique recruté par la CHN. Sur son bulletin de salaire, il est précisé qu'il est « *infirmier psychiatrique détaché auprès des cas sociaux alcooliques* ». Cela étant, Richard se considère davantage comme un « *animateur* » que comme un infirmier et me précise en entretien avoir toujours effectué le même travail que ses deux collègues travailleurs sociaux. Dans les rapports d'activité, la présence d'un soignant parmi les effectifs de l'association ne fait nullement figure d'événement. La CHN refuse même explicitement de financer le poste de Richard, ainsi que la posture elle-même, par le biais de financements des tutelles sanitaires :

« Moi j'étais donc infirmier et on avait fait un projet pour que ce soit avec un financement sécu, et en fait le financement sécu, la direction [de la CHN] n'a pas voulu accepter parce qu'ils voulaient rester centre d'hébergement. Ils avaient sans doute un peu raison... ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

Se professionnalisant comme une association de travail social, la CHN souhaite en effet rester fidèle à sa matrice autour de l'hébergement social et refuse toute forme de tutelle médicale ou sanitaire afin de préserver l'autonomie de son fonctionnement. Une conception associative se dessine dès lors au sujet de la prise en charge de l'alcoolisme. L'association revendique une compétence propre dans l'accompagnement de ces personnes, distincte de celle

que propose l'hôpital. Si elle fait appel à la compétence d'un soignant, il faut retenir que celui qui est recruté dispose d'une socialisation à la cause des pauvres et fait preuve d'un esprit critique vis-à-vis de l'hôpital quant au traitement qu'il réserve aux alcooliques.

Ainsi, la CHN témoigne déjà de manière prégnante dans les années 1960 et 1970 d'une attention aux questions de santé des sans-abri, tout en se distinguant du paradigme médical. La prise en charge de la santé des hébergés ne constitue pas un objectif propre de l'association, mais elle est prise en compte dans le but de permettre la réadaptation sociale des hébergés, et notamment leur retour au travail. Cette préoccupation autour de la santé ne se cantonne d'ailleurs pas qu'à la postcure. Au sein du CHRS masculin des Peupliers, le rapport d'activité de 1974 établit une typologie de l'état de santé des hébergés : 51% des accueillis ont alors une santé jugée comme « bonne » et pour 26% d'entre eux, elle est « à surveiller ». En outre, 7% sont concernés par une « maladie nerveuse », 15% un « handicap mental » et 10% un « handicap physique ». L'attention au dénombrement des pathologies, que l'on retrouve encore aujourd'hui, s'ancre dans une tradition ancienne dans l'association.

En outre, les pratiques quotidiennes des salariés sont également marquées par une prise en compte de la santé des accueillis, tout du moins au foyer du père Virgile :

« C'est nous qui faisons les soins en fin de compte, les pansements, des trucs pas possibles. J'ai même fait des piqûres, des choses comme ça, enfin bref on n'était pas du tout habilités à faire ce genre de chose... Des pansements sur les ulcères. C'était par nécessité en fait, parce qu'il fallait le faire ».

Gaspard Lemoine, salarié de la CHN de 1969 à 1978, puis membre du CA depuis 1982, 72 ans

Constatant les nombreuses dégradations corporelles des accueillis, les professionnels réalisent ces tâches pour répondre aux besoins immédiats des sans-abri. « *On n'était pas habilités à faire ça, maintenant on serait justiciable, mais c'était une démarche très pragmatique en fait* », indique Gaspard Lemoine, m'expliquant que la question de savoir si cela relevait ou non de leur rôle ne se posait pas. « *Enfin de compte, il n'y avait pas de morcellement des tâches, on était partout* », ajoute-t-il. Bien qu'ils ne soient pas formés pour cela, ces premiers salariés réalisent différents soins, dans la mesure où ils définissent leur action en fonction des besoins des accueillis qu'ils constatent. La CHN n'est pas la seule association à développer des considérations autour de la santé des sans-abri. À la Mie de Pain à Paris, des secouristes de la Croix-Rouge, médecins et étudiants, interviennent au sein de l'asile de nuit durant les années 1970 (Aranda, 2022). À cette période, les préoccupations autour du soin aux sans-abri se développent ainsi dans différentes associations.

4. La bobologie, ce qu'il reste de la charité

Cette dernière sous-partie du chapitre va permettre de préciser davantage la place qu'occupent les questions de santé au sein de la CHN dans cette période de structuration associative. En effet, les salariés ne sont pas les seuls à considérer la question du soin aux sans-abri : depuis le début des années 1960 au foyer du père Virgile, des infirmières bénévoles interviennent quelques soirs par semaine. À partir du milieu des années 1970, ce sont les dernières bénévoles qui demeurent, puisque le reste des intervenants sont désormais salariés de l'association. Ces infirmières bénévoles sont principalement des femmes. Elles sont d'ailleurs les seules femmes présentes dans l'établissement à cette époque, les hébergés comme les professionnels étant uniquement des hommes. Elles viennent le soir, entre 18 et 20 heures, un jour sur deux puis tous les jours à partir de 1994. Dans la section des « activités de l'infirmierie » des rapports d'activité qu'elles rédigent, elles pointent qu'une grande part de leur action est consacrée aux soins des ulcères et des plaies. Elles effectuent quelques distributions de traitements, mais ce n'est pas ce qui les occupe le plus. Avant tout, elles soulignent que les hébergés viennent chercher « *une oreille attentive ou un sourire qui leur font peut-être prendre conscience qu'ils restent avant tout des êtres humains comme les autres* » (rapport d'activité, 1988). L'écoute, la bienveillance et l'empathie sont centrales dans les soins qu'elles dispensent aux hébergés, se rapprochant en cela d'un véritable travail de *care*, dépassant les seuls aspects du *cure* (Tronto, 2009 [1993]).

Une partie de ces bénévoles sont des infirmières à la retraite, ou des élèves infirmières. Qu'il s'agisse de l'âge de la retraite ou celui des études, ces âges de la vie se révèlent propices à l'engagement bénévole. Cependant, une part importante des bénévoles ne sont pas infirmières, ni même soignantes, comme l'explique Jean-François :

« Ce que j'ai appris c'est qu'en fin de compte, moi je disais infirmière, mais dans le coup il y en a beaucoup qui n'étaient pas du tout infirmières ! Qui mettaient la blouse blanche et tout ça, mais qui n'étaient pas infirmières. Qui étaient des fois, dans le meilleur des cas, aides-soignantes, mais des fois mêmes secrétaires, et voilà qui filaient des cachetons, et qui à la rigueur faisaient un peu... "*Moi j'ai besoin de ça pour dormir, ah bah attends je vais te donner ça*", elles donnaient des cachetons comme ça ! ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

Cet extrait d'entretien souligne, du point de vue de Jean-François, le manque de qualification de ces bénévoles. Les rapports d'activité éludent cette question, mais l'ensemble des travailleurs sociaux rencontrés s'accordent sur ce constat : ces bénévoles étaient peu ou pas

qualifiés pour les soins qu'elles réalisaient. Si elles ne sont donc pas toutes infirmières diplômées, ces bénévoles portent néanmoins la blouse blanche, comme l'indique l'extrait d'entretien avec Jean-François ainsi que les photographies de l'époque, toujours affichées sur les murs de l'établissement. Cette blouse peut alors être analysée comme un moyen de légitimer leur action de soignantes, alors qu'elles ne sont pas toutes qualifiées pour cela. En outre, cette blouse constitue un marqueur distinctif et visible entre les bénévoles et les professionnels de l'époque. Les bénévoles interviennent en effet à distance des salariés. Elles expliquent dans un rapport d'activité peiner à se sentir intégrées. Dans le cahier de liaison du foyer du père Virgile de 1982, peu d'informations concernant les activités de l'infirmier figurent, excepté des besoins matériels demandés, comme du savon ou du Dakin®. Il semble d'ailleurs que ces infirmières bénévoles n'écrivent pas elles-mêmes dans le cahier de liaison, soulignant une scission entre les activités des travailleurs sociaux et celle de l'infirmier. Après avoir partagé une histoire commune, le travail social et le travail infirmier se sont bien spécifiés et distingués l'un de l'autre. Cela se caractérise par l'absence d'une culture professionnelle commune, qui engendre un quotidien à Virgile davantage marqué par la coexistence que par le travail en commun.

Mais outre cette distinction entre le travail social et le travail infirmier c'est aussi une opposition entre le bénévolat et le salariat qui se fait jour dans cette rencontre. Au sein de l'association, le bénévolat renvoie directement à la tradition chrétienne de l'aide aux pauvres. À l'écoute des travailleurs sociaux, qui ont pour certains connu le travail avec ces bénévoles¹, il est alors dit que ces dernières intervenaient avant tout dans une optique religieuse et charitable :

« Des infirmières bénévoles qui n'étaient pas forcément infirmières d'ailleurs, c'étaient surtout des dames qui fréquentaient l'aumônerie, et qui faisaient un peu de bobologie, mais sans avoir forcément de qualification ou de formation ».

Pape, travailleur social non diplômé, 35 ans, Virgile

« Elles étaient assez nombreuses comme bénévoles, mais avec l'inconvénient du bénévolat et de leur approche très catho quand même, mais au moins on avait une action d'infirmière... Bon, pas toujours adaptée sur le discours, parce qu'un peu moralisateur sur l'alcool, l'hygiène, etc. ».

¹ À Virgile, les infirmières bénévoles continuent d'intervenir jusque dans les années 2000.

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

Ces deux extraits d'entretiens montrent l'empreinte catholique, du moins présumée, de l'action de ces bénévoles. On en retrouve d'ailleurs certaines traces dans les rapports d'activité qu'elles rédigent elles-mêmes chaque année : « *c'est une leçon de courage que je reçois chaque fois* », « *les services donnés à l'infirmerie m'ont permis de venir à la rencontre d'un univers mal connu et mal compris. Le regard nouveau que je porte sur eux désormais, l'authenticité et la chaleur humaine de nos rapports ne peuvent aller que dans le sens de plus de solidarité* » (rapports d'activité, 1990 et 1991). Ces extraits montrent une forme de dévotion, mais aussi d'admiration face à la pauvreté que l'on retrouve dans la tradition chrétienne. L'« *authenticité et la chaleur humaine* » est ici soulignée, et permet aux bénévoles de relativiser sur leurs propres « *petits problèmes* » qui ne sont rien « *à côté des leurs* » (rapport d'activité, 1991).

Ces bénévoles s'évertuent néanmoins à mettre à distance le seul aspect charitable de leurs interventions. Elles écrivent en 1990 que le recrutement des bénévoles est « *plus qu'un appel aux simples bonnes volontés. Les intervenants doivent être motivés, expérimentés, disponibles, persévérants et aptes à supporter des situations difficiles ou des visions insoutenables* ». L'année précédente, en 1989, elles insistent dans le rapport d'activité sur cette capacité à agir face à l'immonde, dans un contexte marqué par l'impuissance :

« Il faut alors agir avec sang-froid et surmonter une éventuelle répulsion. Cela peut rebuter les volontaires trop jeunes et peu habitués à une telle misère. Le recrutement doit être mené de façon prudente. L'enthousiasme et la bonne volonté ne suffisent pas toujours pour persévérer. Le découragement peut venir très vite quand on revoit régulièrement les mêmes plaies, qui ne cicatrisent pas, sont enveloppées à l'aide de chiffons sales, alors que l'on s'applique à faire des pansements très propres. Ou encore quand on se retrouve face à un malade dont le cas nécessite une consultation ou une hospitalisation, et qu'il refuse ce type de soins, ou que l'hôpital se montre toujours aussi réticent à prendre en charge cette clientèle peu valorisante » (rapport d'activité, 1989).

Si les travailleurs sociaux expliquent que les bénévoles étaient avant tout des « *âmes charitables* », ces dernières insistent, elles, sur leur capacité à faire de leur mieux malgré le contexte et les moyens dont elles disposent. En effet, l'infirmerie est tout à fait rudimentaire et ne dispose d'aucun budget pour réaliser des soins à proprement parler : l'établissement n'a pas de serviettes de toilette à prêter, et ne dispose pas non plus de savons ou de rasoirs par exemple avant les années 1990. Outre leurs compétences, leurs possibilités d'interventions matérielles sont donc largement limitées.

Mathias Gardet, en analysant les assistantes sociales dans l'histoire, a montré que l'image associée à ces dames des œuvres pouvait être plus complexe qu'elle ne le paraît¹. Il explique ainsi que certaines assistantes sociales furent notamment infirmières sans diplômes durant la Seconde Guerre mondiale. Sans que cela ne soit confirmé par les données recensées au sujet des bénévoles de la CHN, on peut se demander si certaines d'entre elles n'ont pas effectivement fait fonction d'infirmières durant la guerre, développant alors un attrait pour les soins d'urgence, en partie héroïque, auprès d'hommes. L'exercice du bénévolat au sein du foyer du père Virgile, loin d'être anodin, est marqué par une capacité à savoir agir « *avec sang-froid* », comme elles le soulignent. Les capacités et dispositions requises pour tenir dans cet espace, parfois pendant plusieurs décennies, dépassent vraisemblablement la seule bonne volonté d'apporter la charité aux plus démunis.

Pour autant, pour les travailleurs sociaux qui évoquent ces bénévoles, leur empreinte religieuse assoit leur éloignement d'une attitude professionnelle. Alors que les travailleurs salariés représentent la dimension professionnalisée du monde de l'assistance, les bénévoles rappellent la prégnance historique de la tradition religieuse dans la prise en charge des sans-abri. À la CHN, le fait que la place qui leur est laissée soit celle du soin n'est pas anodin, et souligne combien la priorité de ces établissements concerne l'action d'hébergement et de réadaptation vers l'emploi des hébergés. La santé n'est pas une considération absente, mais elle constitue une attention secondaire.

L'existence d'une infirmerie bénévole n'a rien d'exceptionnel au sein du foyer du père Virgile, puisque la Mie de Pain à Paris et l'asile de nuit du Foyer Notre-Dame des Sans-Aabri (FNDSA) à Lyon fonctionnent de la même manière (Aranda, 2019, Brodiez-Dolino, 2020). Malgré la professionnalisation du monde de l'assistance (Schlegel, 2019), le bénévolat religieux perdure. La Mie de Pain et le FNDSA continuent d'ailleurs d'être majoritairement encadrés par des bénévoles catholiques, contrairement à la CHN (Aranda, 2019, Brodiez-Dolino, 2020). En 2020, le FNDSA compte 1 300 bénévoles contre 300 salariés (Brodiez-Dolino, 2020). La CHN, devenue Envol, compte en 2021 35 bénévoles, contre 322 salariés, permanents et en insertion. Cette différence est de taille et entraîne un rapport différencié aux origines associatives religieuses. Alors que les fondements charitables au FNDSA sont revendiqués et durablement assumés (Brodiez-Dolino, 2020), le rapport de la CHN à son histoire religieuse est plus timide,

¹ Gardet Mathias, 2017, intervention à la journée d'étude autour du dictionnaire biographique du service social (Centre d'études, de documentation et d'action sociales - musée social), organisée par le Groupe de recherche sur l'histoire du service social.

l'association ayant emprunté plus directement la voix de la professionnalisation et de la laïcisation. Il reste que des traces religieuses perdurent au sein d'Envol, aussi bien dans les locaux que dans les engagements des professionnels et des quelques bénévoles continuant d'œuvrer auprès des hébergés¹. Néanmoins, cette origine religieuse ne fait pas l'objet d'une revendication identitaire, comme c'est le cas au FNDSA. Sinon honteuse, cette histoire religieuse est tue ou critiquée, comme c'est le cas vis-à-vis de l'action des infirmières bénévoles.

En étant rapprochée à une dimension religieuse et non professionnelle, l'action de ces infirmières bénévoles est alors délégitimée. Leur action peine à être prise au sérieux sur la réalité des soins qu'elles conféraient. Le champ de compétences leur étant reconnu se restreint à celui de compétences présumées féminines, de « *bobologie*² » et d'empathie. Pourtant nécessaires dans le quotidien de chacun, et *a fortiori* concernant les personnes vulnérables (Tronto, 2009 [1993]), ces actions sont décrédibilisées. Cette délégitimation de l'action bénévole s'explique en partie par la professionnalisation de l'association et plus largement du travail social, qui se structure précisément sur une critique virulente du bénévolat. Françoise Blum évoque en cela la « hantise » du travail social à être associé à ces pratiques charitables (Blum, 2002, p. 91). « C'est en se différenciant des bénévoles qui les avaient précédés et avec lesquels ils coexistaient qu'ils entendaient affirmer la légitimité de leurs interventions », indique Lionel Prouteau au sujet des travailleurs sociaux (Prouteau, 2017, p. 154). En se distinguant précisément de ces pratiques de charité, les travailleurs sociaux véhiculent ainsi un rapport professionnalisé de l'aide aux pauvres.

En cette seconde moitié du XX^e siècle, le travail social s'émancipe donc nettement de ses origines charitables. Le travail social se distancie par ailleurs de la tutelle médicale dont il était dépendant. Ses écoles n'enseignent désormais plus d'apprentissages sanitaires, en dehors de la psychopathologie. Le travail social tente de se construire comme un champ à part entière, devant « prendre place à côté de ces grandes fonctions collectives que sont, par exemple, la santé ou l'éducation » (Autès, 1999, p. 20). Fait marquant de cette distinction entre le social et le sanitaire, l'Insee intègre en 1982 la catégorie socioprofessionnelle de travailleur social, jusque-là indifférenciée des métiers paramédicaux. Dans un double mouvement de prise de

¹ Encore aujourd'hui, quelques bénévoles catholiques (Les Amis de Lourdes) se rendent au sein de l'association pour échanger avec les hébergés. Des voyages à Lourdes, sur la base du volontariat, ont ainsi été réalisés à plusieurs reprises avec des accueillis de la SRAS et de Virgile notamment.

² Extrait d'entretien avec Pape, travailleur social non diplômé, 35 ans, Virgile.

distance avec ses origines charitables et de sa filiation historique au médical, le travail social se structure alors comme un domaine d'activité propre auquel prend part la CHN.

Conclusion

Après avoir été indifférenciés, les liens entre vulnérabilités sanitaires et vulnérabilités sociales se sont recomposés au cours de l'histoire. Les premières lois d'assistance publique se sont élaborées en pensant ensemble ces affections (Brodiez-Dolino, 2013a). Progressivement, le social et le sanitaire vont être appréhendés dans des registres distincts. Dans un mouvement long, décrit dans ce chapitre, l'hôpital se désengage de ses fonctions historiques d'accueil des plus démunis. Ce délaissement laisse de la place à d'autres institutions, notamment les asiles de nuit, qui se voient progressivement mandatées pour prendre en charge les sans-abri. Nés dans le sillon de la charité chrétienne et de l'Assistance publique, ces établissements deviennent progressivement des établissements relevant de l'aide sociale. À travers l'histoire de la Charité hospitalière de nuit, j'ai montré comment cette association se professionnalise comme une association de travail social, en développant une vision propre de la prise en charge des sans-abri, fondée sur la réadaptation par le travail.

L'autonomisation des questions sociales et médicales n'est toutefois pas totale. En effet, la CHN développe une attention précoce aux problématiques sanitaires des sans-abri, positionnant l'association de manière singulière sur le territoire local. Ce sont principalement les questions d'hygiène et d'alcool qui font l'objet de ces premières préoccupations. Malgré la distinction des questions sociales et médicales dans les années 1970 et l'affirmation sociale de la CHN, cette association continue de maintenir une attention aux problématiques sanitaires des accueillis, ce qui souligne que l'autonomisation des questions sociales et sanitaires n'est tout au plus que « partielle » (Duvoux, Vezinat, 2022, p. 6). Cette attention est secondaire, en comparaison à l'enjeu de la réadaptation par le travail, mais pas absente. Avant de devenir un enjeu de l'action publique dans les années 1980 et 1990, la santé des sans-abri fait donc l'objet d'une considération par ces acteurs associatifs. Dans le prochain chapitre, je vais montrer l'évolution de cette préoccupation de la CHN vis-à-vis de la santé des sans-abri, passant alors d'une attention sous-jacente à un enjeu central de l'insertion. Peu concurrencée dans la prise en charge des sans-abri, l'association dispose d'une autonomie pour développer une vision propre de l'assistance. C'est dans cet espace de liberté que la CHN va développer un credo associatif socio-sanitaire.

Chapitre 3

La construction d'un credo associatif socio-sanitaire

Le deuxième chapitre de cette section va permettre de revenir sur la manière dont l'association Envol structure un credo associatif singulier. La licence de la prise en charge des sans-abri, entendue au sens d'Everett Hughes comme l'autorisation d'exercer une activité (Hughes, 1996), revient en propre aux acteurs de l'aide sociale. Le travail social s'étant autonomisé de la tutelle du médical, ce chapitre va permettre de questionner la façon dont ces acteurs du social vont faire usage de cette autonomie. De surcroît, jusqu'à la fin des années 1980, les politiques sociales se centrent davantage sur les questions d'enfance, de famille ou encore de handicap, ne pensant pas la pauvreté comme une priorité des politiques publiques (Bregeon, 2008). Si la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS) dénonce le manque de reconnaissance des centres d'hébergement (Hardy, 1994 ; Bregeon, 2008), cette faible attention politique laisse une marge de manœuvre importante à ces associations, ce qui leur permet de structurer des visions propres de la pauvreté (Viguié, 2020).

La période parcourant les années 1980 et 1990 marque alors un certain âge d'or pour l'association. Suite à l'extension géographique de la CHN et l'éloignement de son travail originel autour de l'accueil d'urgence, ce sont de nombreuses initiatives et réflexions qui sont élaborées. Plus précisément, c'est un véritable credo socio-sanitaire qui se structure au sein de la CHN sujet des sans-abri. Ce terme « socio-sanitaire » fait référence à la définition qu'en donne Didier Fassin : « Le terme est certes imprécis. Il signale cependant une nébuleuse d'opérations conduites à la frontière des domaines traditionnellement différenciés entre social et sanitaire » (Fassin, 1998a, p. 33). Il s'agit ainsi de rendre compte des différentes préoccupations, activités et programmes qui se structurent au sein de cette association de travail social, renouvelant à cette période sa sensibilité aux vulnérabilités sanitaires des personnes qu'elle accueille. Ce chapitre va alors continuer de montrer la persistance de liens entre le social et le sanitaire malgré l'autonomisation de ces questions par les pouvoirs publics.

Le credo associatif socio-sanitaire qui se structure s'inscrit dans le sillon du modèle en escalier qui façonne fortement l'hébergement social à cette période. Les différents établissements d'hébergement que sont les asiles de nuit ou encore les CHRS sont pensés comme des étapes du parcours d'insertion. Cette partie prendra alors le prisme de ces échelons, en précisant les enjeux autour de l'urgence (I), de l'insertion (II), puis des prémices de la stabilisation (III). Si ce schéma a déjà été analysé, l'intérêt est ici de le relier à la place

qu'occupent les enjeux autour de la santé pour les acteurs associatifs dans ce parcours idéal-typique.

I. Urgence sociale, urgence sanitaire

Les asiles de nuit sont pensés comme la première marche du parcours de prise en charge institutionnel des sans-abri (Aranda, 2019). Mais comment se structure, dans cette période d'âge d'or, cet accueil d'urgence ? Qu'est-ce que cela dit du credo de l'association ? Je vais d'abord montrer comment le fait de proposer un accueil de masse constitue un enjeu moral prégnant de la CHN, puis comment la lutte contre la clochardisation légitime une prise en charge ponctualiste au sein du monde de l'assistance (Gardella, 2014a).

1. Accueillir tout le monde : un credo associatif fondé sur la symétrie

Le foyer du père Virgile s'est historiquement structuré sur un principe central : celui d'accueillir tous les demandeurs. Si la capacité d'accueil conventionnée au début des années 1980 est de 160 places, ce sont, en hiver, bien plus de personnes qui sont accueillies dans les locaux.

« À cette époque-là, on ne laissait pas les gens dehors. Donc ceux qui rentraient en surnuméraire dormaient dans ce qu'on pourrait appeler maintenant le réfectoire, la salle à manger. À l'époque c'était des bancs, donc c'était des tables de huit ou dix, donc deux bancs de chaque côté, donc les gars ils collaient les bancs et ils dormaient dessus avec une couverture. Et donc 160, mais on pouvait monter à 200, surtout les hivers, parce que la politique c'était on ne veut pas voir les gens dehors, on met tout le monde à l'abri, mais sans trop voir ce qui se passe à l'intérieur. Parce que tout seul pour 200 – parce qu'on était quand même tout seul – c'était un peu sport ».

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

Les propos de Yann soulignent l'importance accordée au fait d'accueillir toutes les personnes sollicitant un hébergement. Cette politique renvoie à celle de l'accueil inconditionnel, structurant au sein du monde de l'assistance (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019 ; Brodiez-Dolino, 2020). Indifféremment des nationalités et religions, l'ensemble des hommes majeurs peuvent solliciter un hébergement, et trouveront une réponse positive au foyer du père Virgile. À cette époque, et depuis la création de l'asile de nuit, répondre à la masse des demandes prime donc sur la qualité de la réponse apportée.

Cette génération de professionnels ayant élaboré ce credo associatif sont cités dans les rapports d'activité comme étant des « *bâtisseurs* » : « *de 1958 à 1985, la génération des " bâtisseurs " a été à l'origine de la création de nouveaux établissements permettant l'accueil d'un public plus large (notamment femmes avec enfants)* » (rapport d'activité, 2010). Le credo associatif d'« accueillir tout le monde », se manifeste alors à la fois par un accueil de masse, mais aussi par le développement de structures d'hébergement destinées à de plus en plus de personnes, notamment les femmes et les enfants. En outre, ce terme « *bâtisseur* » n'est pas anodin, et renvoie explicitement à cette période de construction, tout autant sur le plan des établissements qui se développent, que du credo associatif qui se dessine.

Le fait d'accueillir tous les demandeurs s'inscrit dans une vision singulière de la pauvreté au sein de la CHN, décrite dans les rapports d'activité comme une « *philosophie* », ou encore une « *culture* » associative. Je choisis d'aborder cela comme un credo pour rendre compte des aspects moraux, mais aussi pratiques de ce positionnement¹. En cela, le credo qui est développé concernant l'aide aux pauvres s'évertue à ne pas marquer les différences sociales entre les professionnels et les hébergés. Un des bâtisseurs me fait ainsi part de la « *grande humanité* » qui prévalait dans ce milieu « *très déshumanisé*² ». L'association prône ainsi pour valeur historique que « *l'autre n'est pas différent de moi dans ses besoins* » (rapport d'activité, 2003). En cela, la personne sans-abri est considérée à travers un principe « *d'égale dignité* » (Gardella, 2023, p. 26). Dans cette perspective, le dénuement est appréhendé comme pouvant affecter tout un chacun ; la trajectoire faisant figure de référence étant souvent celle de la consommation d'alcool, entraînant le divorce puis la perte de logement :

« Avant la rue il y a une vie ! On s'aperçoit qu'ils ont tous été comme nous, ils ont tous eu un métier et puis après il y a un facteur déclencheur qui fait qu'ils se retrouvent à la rue. Alors ça commence soit par un divorce, c'est souvent aussi lié à un divorce ensuite, c'est des parcours qu'on rencontre aussi dans la vie en général... C'est l'alcool, le divorce, souvent la personne se met à boire, elle gère plus sa vie, son appartement, l'insalubrité, l'hygiène, elle perd son appartement et se retrouve ensuite à la rue, et ensuite en foyer ».

Yassin, travailleur social non diplômé, 40 ans, CHRS de la SRAS

¹ Le terme credo renvoie aux valeurs sur lesquelles se fondent des opinions, mais aussi des conduites. Il renvoie à des préceptes collectifs et partagés au sein d'un groupe d'acteurs. La connotation religieuse du terme fait écho aux assises chrétiennes sur lesquelles ces codes de pensée et de conduite se fondent au sein de la CHN.

² Extrait d'entretien avec Gaspard Lemoine, 72 ans, salarié de la CHN de 1969 à 1978, puis membre du conseil d'administration de la CHN depuis 1982.

Cette vision historique de la trajectoire idéale-typique de l'arrivée en centre d'hébergement circule encore parmi les professionnels rencontrés, et notamment parmi les professionnels non diplômés du travail social¹. Cette vision, dominante dans les années 1980, euphémise les déterminants sociaux du sans-abrisme (Marpsat, Firdion, 1996) au profit d'une vision répandue que personne n'est définitivement à l'abri de se retrouver à la rue (Maurin, 2009). Le sans-abrisme, pensé avant tout comme un accident de parcours, implique alors une symétrie dans l'approche éducative puisque cette situation pourrait également toucher les encadrants.

Une forme de proximité entre professionnels et hébergés est alors valorisée. Cette spécificité, que je propose d'envisager comme un ethos de la proximité, semble en partie héritière de la vision de l'abbé Pierre ou encore du père Joseph Wresinski, qui furent des figures emblématiques de la cause des pauvres en France (Viguié, 2020). Le père Wresinski considérait que choisir les pauvres devait être l'engagement de toute une vie (Viguié, 2020). On retrouve pour partie cet engagement dans les valeurs des professionnels exerçant durant cet âge d'or, notamment dans le fait de ne pas compter leurs heures et de toujours être disponibles pour les hébergés, y compris en dehors de leur temps de travail². Il convient de préciser que ces travailleurs associatifs ne sont pas nécessairement croyants. Plus justement, ces hommes semblent plutôt avoir déserté le catholicisme, malgré leur socialisation familiale religieuse. Toutefois, cette désertion ne veut pas dire que leur socialisation religieuse ne s'est pas reconvertie. Elle semble, à cet égard, s'être recyclée sous différentes formes d'engagement, marqué par un ethos de la proximité aux pauvres. Frédéric Viguié précise que ces figures que sont l'abbé Pierre et le père Wresinski ne trouvent pas uniquement un écho auprès des personnes sensibles à l'esprit chrétien, mais que leurs visions de la pauvreté, fondée sur la symétrie, trouvent également une résonance parmi des personnes sensibles à un esprit de résistance et d'indignation, comme au sein de la CHN (Viguié, 2020).

En outre, plusieurs références dans les rapports d'activité et durant les entretiens ont été faites à Pedro Meca, prêtre dominicain d'origine espagnole à l'initiative d'actions importantes pour les sans-abri à Paris. Cette référence est intéressante, car Pedro Meca portait également une vision prônant la proximité aux pauvres : « selon lui, le principe premier n'était pas de mettre les usagers au centre (comme on le dit bien souvent), mais de vivre parmi eux ! » analyse

¹ Les professionnels étant passés en institut de formation développent souvent une vision plus complexe de cette trajectoire, notamment du fait des apports reçus en psychologie et en sociologie.

² Plus de détails seront apportés sur ce point dans la section suivante.

Julien Damon (2016, p. 151). Sensibles à cette manière d'envisager le secours aux pauvres, les acteurs associatifs de la CHN prônent ainsi l'écoute attentive et le non-jugement. Si les encadrants sont bien des professionnels, ils tentent de résister à toute forme de supériorité qu'impliquerait cette position :

« Moi j'ai vu plein de gens, je faisais des conférences, des machins, on me disait : « *quel dévouement !* », et je disais, mais je ne suis pas dévoué du tout moi je suis un salopard, je me fais plaisir, les gens ils m'ont nourri... Il faut avoir énormément de respect par rapport aux gens qui ont eu ces parcours-là. Nous on est là et on est tout petit par rapport à leur vécu et surtout par rapport aux efforts qu'ils font ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

Le credo associatif de la CHN se fonde sur une reconnaissance de la dignité et de la valeur des personnes sans-abri. Ce credo associatif, en partie fondé sur un ethos de la proximité, tient alors ensemble l'héritage chrétien de l'idéalisation des pauvres et une certaine « humeur anti-institutionnelle » (Muel-Dreyfus, 1983, p. 182), cultivant l'écart avec les préceptes du travail social prônant la distance avec les usagers.

Cette période est également marquée par une autonomie et un pouvoir fort détenus au sein de l'association par les travailleurs sociaux de terrain. Un membre du conseil d'administration, qui fut pendant plus de vingt ans le président de l'association, m'explique en entretien qu'à cette période, les travailleurs sociaux « *faisaient comme ils voulaient, même le directeur avait beaucoup de mal à les encadrer. C'était leur façon de faire, c'était eux qui voyaient comment il fallait faire¹* ». Des conflits ont alors eu lieu entre les travailleurs sociaux de terrain et les membres du conseil d'administration de l'association, revendiquant chacun une « *fibres sociale* », fut-elle différente. Pour cet ancien président de l'association, ce sont des divergences sociales et politiques profondes entre les travailleurs sociaux, très majoritairement de gauche, et les membres du conseil d'administration, pour certains « *très à droite²* » et majoritairement issus de professions libérales ou cadres en entreprise, qui sont à l'origine d'une certaine animosité entre ces deux groupes d'acteurs associatifs. Bien que les membres du conseil d'administration occupent des postes prestigieux socialement, les rapports de pouvoir dans l'association sont sans conteste à la faveur des travailleurs sociaux à cette époque.

¹ Extrait d'entretien avec Joël Martin, membre du conseil d'administration et ancien président de l'association, 78 ans. Avant d'être à la retraite, il était expert en assurance parallèlement à son engagement bénévole à la CHN.

² *Ibid.*

Cette position de pouvoir leur permet d'asseoir leur credo associatif. Considérant que chacun peut être touché par la pauvreté, les travailleurs sociaux agissent donc en se sentant eux-mêmes concernés par cette situation. Cette vision peut être rapportée à la philosophie du *care*, qui prend pour entrée le fait que chacun peut être vulnérable à une période de sa vie (Tronto, 2009 [1993]). Alors que le monde de l'assistance a souvent été appréhendé par les sociologues comme étant avant tout coercitif et disciplinaire, il semble que ces analyses ne disent pas tout des enjeux de la prise en charge des sans-abri, qui finalement oscille entre *care* et bienveillance et souci de discipline (Gardella, 2017 ; Zappi, 2019). C'est ce qu'indique Gaspard Lemoine, l'un des bâtisseurs : « *il y avait une considération réciproque et d'un autre côté de l'hostilité déclarée parfois*¹ ». Ces deux logiques se conjuguent, et ne privilégier qu'une facette de ces institutions réduit considérablement leur complexité².

Du fait de cet accueil de masse, les conditions d'hébergement sont aussi extrêmement vétustes dans les années 1980. Les conditions de vie sont notamment marquées par une forte promiscuité. À Virgile, deux dortoirs de 80 personnes accueillent les sans-abri, sur des lits superposés. Chaque dortoir dispose uniquement de deux WC, qui s'avèrent régulièrement non-fonctionnels. Des vols et agressions ont parfois lieu entre les hébergés. Nombre d'entre eux dorment alors avec leurs vêtements pour tenter de protéger leurs effets personnels. Les accueillis ne disposent en effet d'aucun espace réservé et intime. Des effets d'alliance sont alors décrits à cette époque parmi les hébergés, permettant à ces sous-groupes d'assurer leur propre sécurité. « *Un autre monde* », « *la Cour des Miracles* » ; tels sont les propos qui décrivent alors l'établissement. Par ailleurs, la contagiosité y est très forte, notamment concernant les poux et parasitoses. Des rats sont également présents et constituent des courroies de transmission de différentes maladies (cahier de liaison, 1982).

À cette période, de nombreux chercheurs en sciences sociales s'insurgent du caractère disciplinaire des institutions totales que sont entre autres les établissements carcéraux, les institutions psychiatriques ou encore les institutions du travail social (Goffman, 1968 [1961] ; Foucault, 1975 ; Verdès-Leroux, 1978). Les asiles de nuit et les CHRS sont intégrés à cette critique, ces lieux étant considérés comme des « clapiers de l'assistance publique » (Damon, 2007, p. 15). Ces acteurs associatifs intériorisent la critique qui leur est faite, et remettent alors en question les conditions de vie qu'ils proposent. En 1982, le rapport d'activité dénonce qu'en

¹ Extrait d'entretien avec Gaspard Lemoine, 72 ans, salarié de la CHN de 1969 à 1978, puis membre du conseil d'administration de la CHN depuis 1982.

² Je reviendrai sur l'enjeu de la discipline et de la violence dans le chapitre 5.

hiver, les personnes accueillies bénéficient d'environ 1,5 mètre carré chacune. Les rédacteurs accusent la dangerosité des escaliers et l'inadaptation des locaux aux personnes en situation de handicap, ces personnes « *devant dormir sur des bancs ou sur des cartons dans le réfectoire* » (rapport d'activité, 1982). Dès le rachat du séminaire en 1973, et l'ouverture des deux CHRS de la Résidence des Peupliers, est formulé le souhait par les salariés associatifs de reconstruire l'asile de nuit qui a presque cent ans. Les travaux n'auront toutefois lieu qu'en 1994. La critique et l'indignation face aux conditions de vie destinées aux plus pauvres font alors partie intégrante du credo associatif défendu à l'époque. Comme l'indique Francine Muel-Dreyfus au sujet des éducateurs, les métiers du travail social participent à la critique des institutions dans lesquelles ils sont acteurs (Muel-Dreyfus, 1983), cette posture dénonciatrice constituant un moteur efficace pour innover et inventer de nouveaux programmes.

2. *Lutter contre la clochardisation : légitimer une intervention d'urgence*

À la CHN, les conditions d'hébergement proposées commencent à être pensées comme une cause potentielle de la dégradation de l'état de santé des hébergés. Les travailleurs sociaux se demandent notamment comment les hébergés peuvent avoir envie de maintenir une certaine propreté dans ce contexte. « *C'est le plus sale, le plus pouilleux qui cadre le mieux avec de tels locaux. Pourquoi, alors, réagirait-il ? Et celui qui essaye de se maintenir, de garder une certaine dignité, détonne, et finit, s'il reste trop longtemps, par être entraîné vers le fond* », indique le rapport d'activité de 1982. Cette réflexion marque une évolution quant à la prise en compte des problématiques des sans-abri puisque la cause de la détérioration de l'état de santé n'est plus uniquement imputable au sans-abri lui-même, mais le contexte et les conditions de vie sont désormais largement pris en compte (Castel, 1995).

L'association prend ainsi acte du fait que les solutions proposées peuvent paradoxalement entraîner la détérioration de leur état. Le risque, tel qu'il est défini, est celui de la « *clochardisation*¹ ». Plus les hébergés vont rester au sein de l'établissement, plus le risque qu'ils se clochardisent est important selon les professionnels de la CHN. La clochardisation signifie que la personne va se laisser aller, tant sur le plan de sa santé qu'au sujet de ses projets de retour à une vie sociale supposée plus ordinaire. Localement, en 1982, les animateurs du foyer du père Virgile mènent un recensement pendant deux soirées concernant l'état sanitaire de la population. Elle montre alors que 40% des pensionnaires sont des « *clochards* » et « *se*

¹ « La clochardisation », rapport réalisé au sein du foyer du père Virgile, 1986.

laissent visiblement aller ». Il est également estimé que les deux tiers de la population « *présentent des problèmes de santé, avec une proportion de troubles mentaux apparents de 21%* » et que 61% des hébergés ont « *un problème alcoolique* » (rapport d'activité, 1982). La réalisation de cette enquête s'inscrit à la poursuite d'une attention fondatrice quant à la santé des accueillis au sein de l'association. Cette vigilance occupe toutefois une place de plus en plus importante, et surtout, cette réflexion se voit dès lors problématisée par les acteurs associatifs autour de l'enjeu de la clochardisation. Ce processus constitue une sorte de cercle vicieux, tel qu'il est constaté par les professionnels de terrain. Les conditions de vie à la rue ou en centres d'hébergement dégradent l'état de santé des sans-abri, ce qui contribue à les éloigner progressivement de toute perspective de réinsertion. Néanmoins, à mesure qu'ils s'en éloignent, ces derniers sont condamnés à demeurer dans des formes d'habitats précaires qui renforcent leur dégradation.

Ces constats locaux, prenant acte du mauvais état de santé général des sans-abri, sont également établis plus largement. Le Secours Catholique réalise aussi des enquêtes concernant la santé des sans-abri durant les années 1980 (Brodiez-Dolino, 2022). L'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse (Abej) Solidarité, association d'assistance lilloise créée au milieu des années 1980, se préoccupe fortement des enjeux sanitaires des pauvres dès son ouverture par la mise en place d'un bus à double étage réalisant des soins aux sans-abri (Schlegel, 2019). Les années 1980 marquent ainsi le début de la médicalisation du problème public du sans-abrisme (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019) par les constats de nombreuses associations de l'existence d'une population exclue du système de santé, présumé jusqu'alors tout à fait efficace. Médecins du Monde, la Croix-Rouge, Médecins Sans Frontières, ou encore ATD¹ Quart Monde dénoncent ainsi les difficultés des populations auxquelles elles viennent en aide à accéder aux dispositifs de santé ordinaires (Parizot, 2003 ; Izambert, 2018).

À la CHN, les rapports d'activité évoquent également ces difficultés à travailler avec le monde médical. En 1982, le cahier de liaison indique ainsi : « *On nous a ramené monsieur Martin du CHU [centre hospitalier universitaire], il ne peut marcher, mais le CHU nous a dit que sa place c'était à Virgile, et non au CHU, qui d'ailleurs aurait à se plaindre du foyer du père Virgile* ». Il figure également dans un rapport d'activité que le service de dermatologie a refusé de traiter des hébergés de Virgile qui avaient la gale. Dans un mémoire d'éducateur

¹ Aide à Toute Détresse, devenu Agir Tous pour la Dignité en 2009.

spécialisé, un stagiaire évoque son étonnement quant au traitement que l'hôpital réserve à certains hébergés du foyer du père Virgile :

« Ces problèmes d'hygiène entraînent certains jusqu'à l'hôpital : leur peau est rongée par les parasites et sans citer les autres problèmes que cela engendre. L'hôpital les renvoie souvent sans les soigner et cela entraîne parfois des réactions beaucoup plus pénibles à vivre. Il est arrivé au cours de mon stage qu'une personne âgée, ne faisant pas partie du foyer, soit renvoyée de l'hôpital parce qu'elle exhalait une odeur fort désagréable. Cette personne ne comprenant pas ce qui lui arrivait s'est présentée au foyer. Après une discussion fort longue, ce monsieur nous a révélé souffrir d'un ulcère qui était purulent. C'est la cause de la puanteur, mais à l'hôpital le personnel soignant l'avait pris pour un hébergé du FPV alors que cette personne était très propre¹ ».

Le commentaire de ce stagiaire résonne avec les analyses réalisées par Édouard Gardella, qui émet l'hypothèse qu'au processus de technicisation de l'hôpital s'ajoute « un processus général de désodorisation » de l'institution hospitalière (Gardella, 2014a, p. 246), mettant alors à distance les odeurs de ces espaces désormais aseptisés. En conséquence, les patients sans-abri sont confrontés à des discriminations quant à leur possibilité d'accéder aux soins.

Face à ce constat, des consultations médicales vont commencer à se développer au sein même des associations de solidarité. L'association Relais médical aux délaissés (REMEDE) est créée en 1985, et Emmaüs et la Croix-Rouge entreprennent la même année de réaliser des maraudes socio-sanitaires (Brodiez-Dolino, 2022). En 1986, Médecins du Monde ouvre un premier centre de soins en France, destiné aux malades en situation de grande exclusion, suivi par Médecins Sans Frontières en 1987 (Brodiez-Dolino, 2020). Ces grandes associations tournées au départ vers l'aide humanitaire internationale se recentrent sur des problématiques nationales (Parizot, 2003 ; Izambert, 2018 ; Wolff, 2018). Dès lors, la misère n'est plus une question réservée au tiers-monde, mais vient désormais concerner une population proche et visible (Parizot, 2003). C'est une véritable préoccupation humanitaire qui se développe au sujet des sans-abri et qui se traduit par le développement d'actions ponctuelles² (Parizot, 2003 ; Fassin, 2010 ; Aranda, 2019). Des actions de soins rapides à destination des sans-abri se

¹ Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État d'éducateur spécialisé, intitulé « Être vieux au foyer du père Virgile », juin 1987.

² Outre les soins d'urgence, ce sont aussi les secours alimentaire et vestimentaire qui se développent (Coluche crée en 1985 les restaurants du cœur notamment).

structurent ainsi, constituant une « réponse médicale ponctuelle, apportée en urgence pour parer à l'urgence » (Parizot, 2003, p. 75).

Cette problématisation de la dégradation de la santé des sans-abri a également été analysée par Édouard Gardella et Vianney Schlegel au prisme de la trajectoire du jeune médecin Patrick Henry, venant exercer au sein du service hospitalier de la Maison de Nanterre au milieu des années 1980 (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019). Patrick Henry y constate la dégradation corporelle importante des vagabonds qui y sont conduits et leur très faible fréquentation du service hospitalier. Ce médecin crée alors en 1984 la première consultation hospitalière dédiée aux patients sans-abri, tout en élaborant un ensemble de savoirs sur la désocialisation (Gardella, 2014a). Pour Patrick Henry, et les médecins qui occuperont par la suite sa place au sein de cette consultation médicale, la désocialisation est réversible. Il s'oppose en cela aux théories de Patrick Declerck (1986, 2001), pensant lui le sans-abrisme comme une condition irréversible (Gardella, 2014a, p. 253). Pour Patrick Declerck en effet, « être clochard est un syndrome », la maladie mentale préexistant à cette situation sociale (Declerck, 1986, p. 33). Malgré la médiatisation des théories de Patrick Declerck, c'est bien la conception de Patrick Henry qui se diffuse au niveau des pouvoirs publics (Gardella, 2014a). En effet, ce caractère réversible du sans-abrisme implique le déploiement de réponses rapides, organisées et efficaces auprès de cette population. C'est à partir de ce constat que la politique d'urgence sociale va s'institutionnaliser durant les années 1980 (Gardella, 2014b).

Des plans pauvreté-précarité voient alors le jour lors des hivers 1983 et 1984. C'est ainsi que se développe une « politique du thermomètre » (Gardella, 2014a, p. 113), les financements et la visibilité du « problème SDF » étant largement saisonniers (Damon, 2012 [2002]). La saisonnalité de la prise en compte de ce problème ne tarde toutefois pas à faire l'objet de critiques, notamment de la part des acteurs de la lutte contre la pauvreté, venant interroger l'intention politique réelle de lutter contre les situations de grande pauvreté. De ces crédits ponctuels naît progressivement une politique d'urgence sociale, analysée par Édouard Gardella comme une « chronopolitique ponctualiste » (Gardella, 2014a, p. 431). L'État oriente en effet son action à destination des établissements proposant des réponses ponctuelles, délaissant en partie les CHRS jugés peu adaptés à la hausse des demandeurs d'hébergement : « ils apparaissent aux pouvoirs publics comme trop lourds (très professionnalisés et réglementés), trop peu flexibles, inadéquats pour les publics de "nouveaux pauvres" » (Brodiez-Dolino, 2020, p. 111). Face à la hausse du nombre de sans-abri, la ponctualité des réponses s'affirme comme un mode de régulation privilégié de ce problème (Gardella, 2014a). Édouard Gardella analyse

que cette manière urgentiste de répondre au problème du sans-abrisme est directement importée du milieu médical, avec la diffusion de l'idée qu'il est impératif d'agir rapidement pour lutter contre la désocialisation des sans-abri.

Les asiles de nuit, jusqu'alors non encadrés par l'État, se voient ainsi reconnus et mis au centre de la politique d'hébergement social par la légitimation de ces réponses ponctuelles (Aranda, 2019). Les asiles de nuit deviennent des Centres d'hébergement d'urgence (CHU), à l'image du foyer du père Virgile devenant un CHU en 1985. Par le développement de cette politique d'urgence sociale, l'État reconnaît aussi la légitimité de son action envers les populations les moins réinsérables, constituant jusque-là une catégorie hors cadre des politiques sociales (Aranda, 2019).

Au sein de la CHN, le risque formulé de la clochardisation s'inscrit dans le sillon de cette « chronopolitique ponctualiste » (Gardella, 2014a). En effet, l'action la plus efficace contre la clochardisation est la lutte contre la sédentarité au sein du foyer. Lorsque les durées de séjours s'allongent, les travailleurs sociaux constatent que les situations se dégradent : « *dès qu'ils se prolongent au-delà de quelques jours, les séjours au FPV sont extrêmement destructeurs [...] les hommes qui se sédentarisent perdent peu à peu toute capacité d'autonomie* » (rapport d'activité, 1993). Ce processus de clochardisation est pensé à l'instar d'une maladie contagieuse, face à laquelle seule la rapidité de l'intervention peut être efficace. Ce point permet alors de souligner que localement, l'urgence sociale est aussi vivement corrélée à une réflexion sur la dégradation des états de santé des sans-abri. Alors, les hébergés estimés aptes à être réinsérés sont rapidement orientés en CHRS. La lutte contre la clochardisation donne ainsi du sens au modèle d'hébergement en escalier promu au sein du monde de l'assistance, et légitime la ponctualité des interventions envers les sans-abri. Pour lutter contre leur dégradation, les sans-abri doivent être mis en mouvement.

En pratique, la lutte contre la clochardisation s'avère toutefois complexe. Afin d'inciter les jeunes à regagner la sphère de l'emploi et lutter contre leur dégradation dans l'établissement, le foyer du père Virgile demande aux hébergés réguliers de moins de 50 ans de quitter l'établissement lors de la saison estivale. Cette mesure, censée inciter les plus jeunes à se réinsérer, se solde rapidement par un échec, les hébergés revenant majoritairement dès l'interdiction levée à la fin de l'été. Par ailleurs, de nombreux sans-abri s'avèrent difficiles à orienter en dehors de Virgile. Dans le cahier de liaison de 1982 figurent de nombreux refus de sans-abri hébergés au FPV ayant fait une demande pour accéder au CHRS des Peupliers. En effet, les personnes doivent être relativement proches d'une réinsertion par l'emploi pour être

admises dans ce CHRS. Or, une frange conséquente de la population du foyer du père Virgile en est éloignée ; le problème étant que plus celle-ci reste longtemps au foyer, plus elle s'éloigne de toutes perspectives de réinsertion selon les travailleurs sociaux de la Charité hospitalière de nuit.

C'est ainsi une dualisation du public de Virgile qui s'opère, entre les personnes estimées réinsérables, rapidement orientées en CHRS, et les autres, demeurant à Virgile au long cours. Bien que cette seconde frange de la population s'éloigne des objectifs visés en termes d'insertion, l'action du foyer se déploie tout particulièrement auprès de ces hébergés qui restent. Afin d'agir contre la clochardisation, les travailleurs sociaux s'emparent à bras le corps des problématiques de santé de ces hébergés. En cela, la CHN développe une vision où la clochardisation n'est pas une fatalité. Comme le pense Patrick Henry, ce processus est réversible. Aussi, le credo associatif de la CHN se fonde sur la double logique que chacun peut devenir sans-abri, mais aussi que chacun peut se sortir de cette situation.

À partir des années 1980, les sans-abri sont donc pensés comme des « individus en danger de dégradation » (Gardella, 2014a, p. 229) pour lesquels il convient d'intervenir. Le cahier de liaison de 1982 est riche d'informations sur la manière dont les professionnels luttent, en pratique, contre cette clochardisation. Il apparaît ainsi qu'ils réalisent de nombreuses « désinfections » d'hébergés, en badigeonnant les corps afin de lutter contre les parasitoses. Cette croisade contre la clochardisation se manifeste également par l'acquisition de moyens matériels. Yann, qui deviendra le chef de service du foyer, explique comment il a contribué à développer cette prise en charge de l'hygiène au début des années 1990 :

« Le budget infirmerie il était, enfin il faudrait retrouver les chiffres de l'époque, mais il n'y a aucune comparaison avec maintenant, aucune. On n'avait pas de partenariats avec des pharmacies, il n'y avait pas d'achat ou de dons de produits d'hygiène, d'ailleurs on n'avait pas de serviettes, les premières serviettes, premiers rasoirs, mousse à raser, c'est parce qu'en fait on a commencé à récupérer toutes les bouteilles de vin qui étaient en verre à l'époque, avec des petites étoiles, et qui étaient consignées. Ces bouteilles-là elles étaient consignées à un franc une bouteille, c'était cher, enfin ce n'était pas rien à l'époque. Du coup [...] nous on a commencé à ramener plein de cagettes, à ranger toutes les bouteilles dans les cagettes et à les ramener là où c'était consigné, c'est-à-dire que moi je prenais l'Express® de l'époque, maintenant le Kangoo®, et on amenait ça à, maintenant c'est Hyper U®, mais ça s'appelait Maxi-Coop®, je crois, et bim un franc, un franc, un franc, et du coup, avec ça, on rentrait dans le magasin, et on a commencé à acheter les serviettes, les rasoirs, etc., et puis à faire un roulement avec lavage des serviettes, etc., parce qu'on n'avait pas de budget hygiène, il y avait pas de budget serviette rasoir, mousse à raser, dentifrice, brosse à dents, etc. ».

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

La lutte contre la clochardisation passe par des aspects matériels non négligeables, dont l'obtention nécessite une mobilisation des acteurs de terrain. Les travailleurs sociaux expliquant cette montée en puissance des considérations autour de la santé des hébergés dans les années 1980 et 1990 ont unanimement souligné qu'il s'agissait d'une volonté et d'un engagement de leur part. L'attention aux soins des sans-abri s'est ainsi construite comme une préoccupation propre des acteurs associatifs de terrain.

Il est par ailleurs fréquent que les travailleurs sociaux conduisent des hébergés à des rendez-vous médicaux, aux urgences, et même leur rendent visite en cas d'hospitalisation (cahier de liaison, 1982). Les professionnels sont également amenés, à l'occasion, à faire quelques pansements ou encore à distribuer des traitements. Ceux-ci sont d'ailleurs stockés au bureau des travailleurs sociaux et non à l'infirmerie, du fait de la présence discontinue des bénévoles. Ces tâches relatives à la santé n'apparaissent pas comme éloignées du cœur de métier des travailleurs sociaux à cette époque. À aucun moment n'est stipulé un malaise, ou une volonté que ces tâches soient réalisées par des professionnels de santé dans les archives recueillies. Au contraire, cette période correspond à un moment d'apprentissage sanitaire pour les travailleurs sociaux. Concernant les désinfections d'hébergés, une technique se formalise au foyer du père Virgile après avoir pris conseil auprès d'un pharmacien. Ces savoirs se voient également structurés par des formations professionnelles de quelques jours qui se développent durant les années 1980 et 1990. Parmi ces formations, un certain nombre concernent des problématiques sanitaires. Localement, les stages que la FNARS propose aux professionnels de la CHN concernent le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), la toxicomanie et l'alcoologie (rapport d'activité, 1994). Deux animateurs de la CHN réalisent également un « voyage d'études » à la Maison de Nanterre en 1997, afin de prendre acte des pratiques en place dans cet établissement qui occupe une place centrale dans le paysage des centres d'hébergement.

Ces éléments poursuivent les résultats avancés au chapitre précédent : la prise en compte de la santé des hébergés fait partie intégrante des préoccupations et pratiques professionnelles des travailleurs sociaux dans l'histoire de la CHN. Les professionnels retraçant l'histoire associative envisagent d'ailleurs leur métier comme étant « *une boîte à outils* » à cette période, signifiant par là qu'ils étaient capables de réaliser une multitude de tâches, y compris liées à la santé. Cette vision du travail, impliquant la réalisation d'activités variées ayant du sens dès lors qu'elles répondent aux besoins des hébergés, constitue une facette importante du credo socio-

sanitaire de l'association. Pour autant, la manière dont les travailleurs sociaux appréhendent ces questions de santé n'est pas une application stricte des préceptes médicaux. Malgré les demandes de l'équipe des infirmières bénévoles, les travailleurs sociaux de Virgile refusent par exemple fermement de procéder à la distribution des anxiolytiques. Ces traitements sont considérés comme une entrave à « *l'effort de redressement entrepris par l'équipe d'animateurs : celui qui veut guérir doit avoir la volonté de le faire lui-même* » (rapport d'activité, 1988). Ce parti pris volontariste dans la prise en charge du soin des hébergés s'inscrit ainsi dans une certaine opposition à la pensée médicale.

II. Repenser l'insertion

À côté de la politique d'urgence sociale qui se structure et qui trouve des échos concrets au sein du foyer du père Virgile par la lutte contre la clochardisation, les enjeux qui entourent la question de l'insertion évoluent également. L'insertion par le travail commence à être pensée comme impossible pour certains hébergés. Dans un contexte où les normes du salariat se sont élevées, les corps abîmés et parfois malodorants peinent à trouver leur place au sein du monde du travail. À la CHN, le primat de l'insertion par le travail qui prévalait jusqu'alors commence à être remis en cause à la fin des années 1980. La mise en place du Revenu minimum d'insertion (RMI) le 1^{er} décembre 1988 constitue en ce sens un moment de structuration important pour la CHN vis-à-vis de son rapport à l'insertion et à la santé.

1. Le RMI : de l'injonction au travail à l'injonction aux soins

Le RMI, issu du rapport présenté par Joseph Wresinski en 1987 au Conseil économique et social, va permettre d'assurer des ressources financières minimales aux personnes à distance du marché du travail. Voté à l'unanimité sous le gouvernement de Michel Rocard et la seconde présidence de François Mitterrand, le RMI constitue une réponse politique à la montée du chômage, à la visibilité de la pauvreté et à la crise du logement grandissante. Suite au déploiement de la politique d'urgence sociale, la mise en place du RMI inscrit durablement la question de la pauvreté comme une préoccupation centrale des politiques publiques.

Pour Robert Castel, le RMI constitue un droit social marquant, en ce qu'il abolit la ligne de partage entre l'aptitude et l'inaptitude au travail, qui a historiquement structuré la protection sociale (Castel, 1995). En effet, la société est considérée comme étant en partie responsable de cette mise à distance de la sphère du travail. Le législateur pense alors l'insertion comme un devoir de la société envers les individus (Autès, 1999). Cette responsabilité se matérialise à la

fois par l'allocation financière versée aux allocataires, mais également par l'engagement pris par le biais du contrat d'insertion. Pour autant, l'engagement de l'allocataire n'est pas en reste, ce contrat engageant « la double responsabilité de l'allocataire et de la communauté » (Castel, 1995, p. 696). L'allocataire doit alors faire la preuve de son autonomie et de sa bonne volonté à entreprendre des démarches d'insertion (Castel, 1995).

Au sein du foyer du père Virgile, la mise en place du RMI suscite de nombreux questionnements. Jusqu'alors, certains hébergés pouvaient bénéficier de ressources *via* une aide départementale, mais la nouveauté du RMI concerne l'introduction de la notion d'« insertion ». Une réserve est en effet émise sur ses attentes sous-jacentes, dans la mesure où une partie des hébergés de la CHN, et plus particulièrement ceux du foyer du père Virgile, sont marqués par un éloignement durable de la sphère de l'emploi. Dès 1988, le rapport d'activité précise alors :

« L'insertion ne doit pas être envisagée comme le fait de "faire revenir dans le droit chemin" des individus dont la société a jusqu'alors grandement favorisé le processus d'exclusion. L'insertion doit être au contraire envisagée en fonction des besoins des individus et de leurs capacités, le but étant de leur permettre d'améliorer peu à peu leurs conditions de vie [...]. Les promoteurs du RMI se sont efforcés d'envisager l'insertion sous une forme très large. Mais dans la réalité, les notions que recouvre traditionnellement ce terme (travail ou formation notamment) correspondent à des projets qui ne sont pas adaptés à la population accueillie au foyer du père Virgile [...]. Il semble donc illusoire d'envisager l'insertion des hommes qui fréquentent le foyer du père Virgile sous une forme globale. Il est beaucoup plus réaliste de faire en sorte que chacun puisse voir quelle micro-insertion va lui permettre d'accéder à de meilleures conditions de vie sans bouleverser son équilibre actuel » (rapport d'activité, 1988).

Cet extrait du rapport d'activité montre bien l'écart perçu entre l'instauration de cette prestation, présentée comme étant universelle (Duvoux, 2009), et l'application de mesures d'insertion, s'adressant en réalité à des personnes rapidement réinsérables. Si pendant les années 1970 l'accès à l'emploi restait au sein de l'association la seule et unique manière de penser la réadaptation, ces propos relevés ici montrent l'évolution majeure de cette réflexion. Prenant acte de la distance structurelle entre le marché du travail et une partie des hébergés, l'objectif unique d'un retour à l'emploi devient illusoire pour ces acteurs de terrain.

Les premières craintes liées à cette vision restrictive de l'insertion cessent toutefois rapidement. Il s'avère en effet que le RMI constitue une mesure souple, permettant une liberté d'application importante aux travailleurs sociaux qui la mettent en œuvre (Duvoux, 2009). Grâce à son caractère malléable, le RMI est finalement l'occasion pour ces professionnels

associatifs de préciser leur rôle vis-à-vis du public qu'ils accueillent et de proposer une définition alternative de ce qui constitue à leur sens l'insertion :

« Et notre chance, ce qui nous a permis de produire du savoir par rapport à la population, c'est aussi que quelques années avant il y a eu la mise en place du RMI, et le RMI, ça a permis de mettre en place des actions d'insertion et donc de travailler un peu plus précisément avec les personnes, et de produire du savoir sur la manière dont ils fonctionnent et ce dont ils avaient besoin. Et notamment sur le fait que... ça paraît évident comme ça, mais à l'époque ce n'était pas facile à faire, d'accepter que beaucoup de ces personnes-là ne pourraient plus jamais avoir une insertion classique : travail, logement ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

Cet extrait d'entretien avec un travailleur social ayant vécu l'instauration du RMI montre que la mise en place de cette prestation vient acter la distance entre une « *insertion classique : travail, logement* » et les possibilités d'insertion présumées de certaines personnes hébergées au sein de l'association. Prenant au sérieux les contrats d'insertion, les travailleurs sociaux s'emploient à donner une structure et des objectifs réalistes quant aux accueils qu'ils réalisent. Dans ce cadre, le travail sur la santé apparaît comme un enjeu mobilisable dans les contrats d'insertion. En 1990, alors que le CHRS des Peupliers fait le point sur les contrats d'insertion réalisés, il s'avère que 17 sur 24 intègrent un objectif lié à la santé. À Virgile, il est également précisé que le « *projet souvent retenu est celui de l'amélioration de la santé* » (rapport d'activité, 1992). Fabrice Dhume a déjà montré que la mise en place du RMI a favorisé l'émergence des troubles de santé mentale, en raison de la difficulté des professionnels à élaborer les contrats d'insertions avec certains bénéficiaires (Dhume, 1997). Le prisme de la CHN permet de voir que ce n'est pas seulement le registre de la santé mentale qui est investi, mais la santé au sens large.

Parallèlement, la norme de l'insertion par l'emploi perd considérablement de sa puissance. En 1997, il est stipulé que l'emploi constitue « *un outil d'insertion parmi d'autres sur la "palette" proposée par la CHN* » (rapport d'activité, 1997). Au milieu des années 1990, le travail obligatoire dans les ateliers qui prévalait jusqu'alors au sein des CHRS est abandonné, le contexte socioéconomique ne permettant plus de garantir un accès à l'emploi aux hébergés par la suite. Il s'agit alors d'une prise de conscience, tant sur le plan associatif que national, d'une « *crise des mécanismes de socialisation normale par le travail salarié* », comme l'explique Nicolas Duvoux (2009, p. 5). La pauvreté n'est plus une part résiduelle et bien connue de l'aide sociale, mais concerne désormais davantage de personnes, aux profils variés – on parle de

nouvelle pauvreté – actant finalement le déclin de la société salariale quant à sa capacité d'intégration sociale (Castel, 1995).

Si l'injonction au travail par le biais des ateliers obligatoires est abandonnée, elle laisse la place à une forme nouvelle d'injonction aux soins. Ainsi, les femmes refusant d'adopter une démarche de soins peuvent se voir exclues du CHRS : « *pouvoir se soigner est un droit et vouloir se soigner est une décision. Un petit nombre de personnes ne sont pas prêtes à s'engager dans une démarche de soins. Elles repartent alors du centre d'accueil* » (rapport d'activité, 1989). À Virgile, la réalisation d'une radiographie pulmonaire est rendue obligatoire lors du passage du camion de dépistage chaque année, afin de lutter contre la tuberculose¹. En outre, un médecin généraliste et un médecin-psychiatre interviennent désormais à titre libéral au sein de la Résidence des Peupliers, et leur rencontre est rendue obligatoire pour certains hébergés, notamment ceux en provenance de l'hôpital psychiatrique. Plus largement, l'engagement de démarches de soins devient alors un critère déterminant dans l'accès aux CHRS :

« Il y a encore quelques années, ce que j'ai connu du CHRS où quelqu'un qui avait une problématique addictive, de santé, une des conditions pour être admis, c'était de se soigner, si tu n'as pas un projet de soins, tu ne rentres pas en foyer ».

Judith, assistante de service social, 47 ans, cheffe de service du CHRS des Rivières

La mise en place de la contractualisation de l'accompagnement par les projets d'insertion vient placer l'engagement à se soigner comme un critère de sélection au sein de la CHN. Face à l'impasse que représente l'insertion par le travail, l'enjeu de la santé se voit considérablement investi. Pour Philippe Bregeon, « cet engouement pour la santé est à interpréter comme le signe de l'impuissance de ces institutions à requalifier ces personnes au regard du marché du travail et dans l'espace social » (Bregeon, 2008, p. 59). Ce constat dépasse ainsi l'association : nationalement, la mise en place du RMI contribue à rendre visible une frange de la population pauvre présentant de nombreuses affections (Viguié, 2020). En effet, le RMI rend compte de l'existence de personnes qui étaient restées impensées de l'action publique depuis le déploiement des politiques sociales assurantielles (Autès, 1999 ; Sicot, 2001). Envisagée comme une prestation temporaire, le RMI met finalement en lumière qu'une partie de la population est durablement éloignée de l'emploi. De surcroît, l'instauration du RMI

¹ La réalisation d'une radiographie est toujours aujourd'hui obligatoire lors du passage du camion, dont le jour est tenu secret aux hébergés.

provoque une sédentarisation des allocataires, puisqu'il suppose d'avoir une adresse stable pour son versement. Alors que la mobilité constituait une caractéristique historique des sans-abri – en partie fantasmée –, cette règle engendre une injonction des pauvres à la sédentarité, favorisant en retour leur visibilité.

Mais cet investissement du registre sanitaire permet-il les mêmes rétributions que l'accès au monde du travail ? Les sociologues ont bien montré que le travail confère un statut social et n'est pas uniquement une occupation ou une source de revenus : « le travail demeure une référence non seulement économique, mais aussi psychologiquement, culturellement et symboliquement dominante, les réactions de ceux qui en manquent le prouvent » indique Robert Castel (1995, p. 727). Pour le sociologue, le travail est même « le principal fondement de la citoyenneté » (Castel, 1995, p. 731). Alors, peut-on réellement prétendre à l'insertion, en renonçant à l'intégration par le travail ? À cette question, le credo associatif de la CHN est bien de répondre que l'emploi constitue une norme pouvant en partie être déconstruite. Reconquérir sa santé, une estime de soi, constitue pour les professionnels de la CHN un levier de socialisation primordial, au fondement du lien social. Cette manière d'appréhender l'insertion va durablement structurer le credo de l'association. Aussi, en 2009, un rapport d'activité résume précisément la vision de la CHN sur ce sujet : « *bien souvent, la réinsertion au sens commun du terme, passe par l'obtention d'un logement et d'un travail. Il est intéressant d'évoquer ici l'expression suivante de collègues de la CHN : " une douche par semaine, c'est déjà de la réinsertion ! " »* (rapport d'activité, 2009).

Au lendemain de la mise en place du RMI, cette manière de penser l'insertion en lien avec la santé va se renforcer encore davantage. Un discours prégnant se structure au sein du monde de l'assistance à partir des années 1990, sur le fait que les sans-abri auraient de plus en plus de fragilités psychiques. Certains considèrent qu'il s'agit d'un nouveau public à la rue lié au mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie. D'autres n'envisagent pas cela comme une évolution du public, mais plutôt comme une conséquence de la dégradation des conditions de vie réservées aux sans-abri. Quoi qu'il en soit, la rhétorique du monde de l'assistance se structure au tournant des années 1990 – et de manière durable jusqu'à aujourd'hui – sur l'idée qu'il y aurait de plus en plus de sans-abri qui auraient des troubles « psy »¹ (Sicot, 2001). Cette rhétorique associative se structure dans un contexte où les paradigmes de la souffrance et de l'exclusion se déploient considérablement (Fassin, 2006b ;

¹ Cette question sera abordée plus largement au chapitre 8.

Duvoux, 2009 ; Gardella, Cefai, 2011). La notion de souffrance psychique est mise à l'agenda et marque une inflexion importante dans l'histoire de la psychiatrie, puisque le « pathologique » n'est plus uniquement cantonné à la maladie mentale, mais s'étend jusqu'aux territoires à la frontière du social (Lovell, Ehrenberg, 2001). Dans ce mouvement, la santé ne devient plus uniquement un aspect possiblement mobilisable dans les projets d'insertion des sans-abri, mais l'affection et la souffrance deviennent une caractéristique propre de cette population. Comme le souligne également Gabriel Uribelarrea au sujet du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri de Lyon, la santé passe alors d'une attention sous-jacente à une priorité de l'insertion au sein de la CHN (Uribelarrea, 2020).

2. *La demande d'hébergement cache toujours quelque chose*

C'est au moment où le chômage bat son plein sur le plan national que le registre de l'exclusion s'impose, au début des années 1990, comme la manière dominante de penser la pauvreté (Castel, 1995). La catégorie de l'exclusion n'est pas seulement une manière renouvelée de parler des vagabonds ou des clochards. Elle regroupe aussi bien les désaffiliés de longue date que les nouveaux pauvres. Le flou qui entoure cette terminologie participe efficacement à son succès.

L'exclusion constitue une réalité décrite comme pouvant toucher tout le monde. Pour Didier Fassin, cette évolution sémantique favorise le sentiment que « chacun est susceptible de passer de l'autre "côté" du social » (Fassin, 2006b, p. 142). L'exclusion trouve un écho heureux au sein de la CHN, puisque cette idée que chacun peut être touché par la pauvreté structure historiquement le credo de l'association. Ainsi, en 1995, est-il écrit dans le rapport annuel d'activité : « *déchirure familiale, blessure affective, rupture professionnelle, maladie soudaine... qui pourrait affirmer qu'il est définitivement à l'abri de telles circonstances ? Ces événements d'une cruelle banalité sont souvent le point de départ d'une spirale inexorable qui conduit à l'exclusion* » (rapport d'activité, 1995). Au sein de la CHN, le développement du paradigme de l'exclusion se manifeste par une considération des hébergés comme étant avant tout des victimes (Cefai, Gardella, 2011). Le divorce, le chômage, les maltraitances durant l'enfance, interviennent alors comme des éléments de compréhension du processus d'exclusion. En outre, l'alcool en vient à être considéré comme l'une des conséquences de la pauvreté, et non plus sa cause. Le sens des actions à mener va alors vers celui de la gestion des troubles éprouvés par ces victimes, en proposant notamment une écoute attentive et un soutien

psychologique (Fassin, 2006b). La catégorie de l'exclusion vient finalement asseoir la légitimité d'actions palliatives, au détriment des actions préventives concernant la pauvreté.

Dans ce mouvement, la demande d'hébergement des sans-abri n'est plus uniquement pensée comme un problème exclusivement social au sein de la CHN : « *en fait, derrière l'absence de logement se dissimule un cumul de handicaps qui se dévoilent petit à petit au cours du séjour* » (rapport d'activité, 1999). Cet extrait d'un rapport d'activité, aussi anodin qu'il puisse paraître, est central quant à l'évolution de l'appréhension du besoin d'hébergement. Il est dès lors considéré que le manque d'hébergement n'est que la face visible d'un ensemble de problématiques sociales et sanitaires mêlées les unes aux autres. Le sans-abri n'est plus uniquement une personne sans logement. C'est une personne qui souffre de cette situation, et qui, vraisemblablement, a d'autres problèmes que celui de l'absence de logement pour en être arrivée à cette situation. Lui proposer un logement ou un emploi reviendrait alors à « *mettre un pansement sur une jambe de bois* », selon l'expression associative consacrée, puisque si le problème de fond n'est pas réglé, la personne réintègrera le circuit de l'hébergement social à un moment ou à un autre.

En ce sens, les vulnérabilités sociales et sanitaires se voient de nouveau pensées ensemble (Brodiez-Dolino, 2013a). Du constat posé dans les années 1980 que les situations de pauvreté sont susceptibles d'entraîner une dégradation de l'état de santé, aboutit l'idée durant les années 1990 que la souffrance constitue un trait saillant des exclus. Le rapport Strohl-Lazarus intitulé « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », publié en 1995, abonde en ce sens (Strohl, Lazarus, 1995). Les rédacteurs réfutent l'idée que la pauvreté serait en soi une pathologie psychiatrique. Ils expliquent d'ailleurs que cette population ne présente pas plus de pathologies mentales que la population générale (Strohl, Lazarus, 1995). Pour autant, sans trancher si cette souffrance relève du « psychique » ou du « social », ce rapport vient renforcer l'établissement d'un lien évident (Bresson, 2003), presque dénué de cause, entre pauvreté et souffrance psychique. La visibilité de cette souffrance s'accompagne en quelque sorte « d'un renoncement à la coupure entre le normal et le pathologique » (Fassin, 2006b, p. 145). Localement, ce lien évident entre les vulnérabilités sociales et sanitaires est également établi : « *on constate en effet que sa dégradation [la santé] est étroitement liée au processus de précarisation des personnes, et que cet état de fait tend à "parachever" leur exclusion* » (rapport d'activité, 1997). Renonçant à distinguer les causes des conséquences, les problématiques de santé et d'exclusion sont pensées comme se renforçant l'une l'autre.

Les sans-abri sont alors appréhendés comme étant particulièrement vulnérables et souffrants. Ce postulat est renforcé par le fait qu'ils sont considérés comme fortement réticents vis-à-vis du milieu médical. Une rhétorique mise en avant est celle d'une « *culture du non-soin* » de cette population, « *qui n'a jamais été habituée à se plaindre est qui est fière d'avoir été élevée "à la dure"* » (rapport d'activité, 1997). « *Celui-ci [le corps] est plus vécu comme un fardeau, une charge qu'il est trop coûteux de prendre en charge, peut-être assimilable au symptôme d'une situation d'abandon de soi. Le soin n'est plus considéré comme une perspective d'aller mieux, mais comme une contrainte supplémentaire* » (rapport d'activité, 2004). Une vision culturaliste du rapport au soin des sans-abri se développe ainsi, en présentant cette population comme étant réticente, presque par essence, à la prise en charge de sa santé. Dans un contexte de vie marqué par la privation, leur santé n'est pas envisagée comme une priorité selon les travailleurs sociaux. Les sans-abri sont alors décrits comme ayant des capacités inimaginables d'endurance au mal, ces réactions étant interprétées comme un renoncement des sans-abri à leur propre corps. Cette essentialisation du rapport au corps et aux soins des sans-abri est analysée par Édouard Gardella et Daniel Cefai comme un trait saillant de la médicalisation du problème public du sans-abrisme (Gardella, Cefai, 2011). Dans cette vision, être sans-abri constitue presque une pathologie spécifique, ces derniers étant « diagnostiqués comme atteints d'un syndrome de "désocialisation", qui correspond à une vision médico-psychiatrique, selon laquelle les grands clochards sont petit à petit forclos de la représentation de soi, anesthésiés dans leur corps, en perte de repères psychiques, désorientés dans l'espace et dans le temps, en déshérence de rapports sociaux, souvent coupés de leurs épreuves affectives » (Gardella, Cefai, 2011, p. 19). Cette description correspond précisément à la manière dont sont appréhendés les sans-abri au sein de la CHN à partir des années 1990.

L'accueil de ces sans-abri souffrants est parfois présenté comme une difficulté pour les travailleurs sociaux qui se disent démunis quant aux réponses qu'ils peuvent proposer. Cela rejoint le fait que la notion d'exclusion, par sa diffusion, va également s'étendre à celles et ceux qui s'occupent des exclus. Le rapport « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » va appuyer cette idée puisque le point de départ du rapport est en effet d'alarmer sur l'existence d'une souffrance multiple, exprimée notamment de la part des intervenants sociaux en contact avec les exclus (Strohl, Lazarus, 1995 ; Bresson, 2003).

Pour autant, cette lecture en termes d'impuissance des professionnels est insuffisante au regard des constats locaux analysés. Pour la CHN, la reconnaissance de cette souffrance est aussi l'occasion de légitimer son credo socio-sanitaire. Si la demande d'hébergement cache

toujours autre chose, cet autre chose est précisément l'objet du travail des travailleurs sociaux. La médicalisation du problème public du sans-abrisme (Gardella, 2014a) constitue alors une occasion pour l'association de légitimer et de renforcer ce travail autour du soin qu'elle structure en dehors de la tutelle médicale depuis longtemps. Ce credo socio-sanitaire de la CHN a d'autant plus de sens que le milieu médical est à cette période largement critiqué sur ses capacités réelles à soigner cette population : « *n'a-t-on pas vu le cas d'un résident rentrer d'un séjour d'un mois en maison de repos spécialisée en psychiatrie revenir dans un état pire que celui dans lequel il était parti ?* » (rapport d'activité, 1990). Les prises en charge proposées au sein des centres d'hébergement sont alors pensées comme étant en partie concurrentielles à celles de l'hôpital, face auquel la critique est de plus en plus féroce. Ainsi, le CHRS des Érables¹ explique au début des années 1990 recevoir des demandes pressantes de services psychiatriques pour accueillir des patients sortant d'hospitalisation. Si le centre d'hébergement pointe la difficulté à prendre en charge ces « *cas lourds* », il valorise surtout sa capacité et son savoir-faire dans l'accueil de ces personnes marginalisées. L'établissement met en avant tout le potentiel qu'il peut offrir à cette population, notamment la possibilité que les personnes soient intégrées dans un collectif et ainsi procurer « *un sentiment de bien-être général* » (rapport d'activité, 1990). Loin des blouses blanches de l'hôpital, les centres d'hébergement se pensent comme des lieux de vie collectifs soutenant, avec des professionnels à l'écoute, travaillant sur les problématiques profondes des personnes. La vision défendue est celle d'une prise en compte holistique des besoins des hébergés, nécessitant de tenir compte de l'environnement et de la pluralité des problématiques de la personne.

La diffusion de la catégorie de l'exclusion et la médicalisation du problème public du sans-abrisme constituent alors des opportunités pour l'association, qui lui permettent de faire-valoir son credo socio-sanitaire. Des budgets commencent à être dédiés au sein de la CHN aux problématiques d'hygiène. Parallèlement, des actions jusqu'alors tenues dans l'ombre de la vie associative commencent à être visibilisées. C'est le cas de l'activité de l'infirmière salariée des Peupliers, qui exerce au sein de l'association depuis les années 1970. Ce n'est toutefois qu'à partir des années 1990 que des informations commencent à figurer dans les rapports d'activité concernant son activité, marquant une montée en puissance de la considération des enjeux liés à la santé dans l'association. En 1994, un « service médical » est constitué dans l'organigramme

¹ Il s'agit du CHRS rural de l'association ayant ouvert en 1973.

de l'association, regroupant alors l'infirmière et les médecins qui interviennent à titre libéral¹. Dans ce contexte où se structure une réflexion associative autour de la prise en charge de la santé des hébergés, un nouveau CHRS va ouvrir en 1995. L'ouverture de cet établissement, la Structure de reconquête de l'autonomie sociale (SRAS), marque la concrétisation du credo socio-sanitaire de l'association.

III. La SRAS : point d'orgue du credo associatif socio-sanitaire

1. De Virgile à la SRAS

La reconfiguration sémantique qu'initie la catégorie de l'exclusion sociale vient renforcer la légitimité de la politique d'urgence sociale déjà mise en œuvre (Gardella, 2014a). C'est ainsi une véritable « politique de l'abri » qui se déploie, insistant sur les aspects humanitaires et sanitaires d'urgence à destination des plus pauvres (Aranda, 2019). Étant devenus une cible privilégiée de l'action sociale, les centres d'hébergement d'urgence sont encouragés à améliorer leurs conditions d'accueil, et donc à « faire peau neuve » (Brodiez-Dolino, 2020, p. 126). La restructuration du foyer du père Virgile, souhaitée depuis les années 1970, commence alors en 1994 et durera deux ans. L'objectif de ces travaux est de créer des chambres pour quatre ou huit personnes, l'hébergement en dortoir collectif de 80 personnes étant désormais considéré comme tout à fait inadapté.

En raison des transformations profondes dues à cette restructuration, la capacité d'accueil du foyer de 160 personnes est destinée à être réduite de 50 places. Face à ce constat, les travailleurs sociaux ont commencé à réfléchir à une autre structure pour maintenir ces places d'hébergement. Les professionnels du foyer du père Virgile ont alors entamé une réflexion sur leur public, et sur celui qui pourrait alors être accueilli ailleurs :

« Alors il y avait un constat sur Virgile c'est qu'il y avait un certain nombre de personnes qui vieillissaient à Virgile, qui décédaient à Virgile, et pour lesquels on n'avait pas les moyens de proposer un accompagnement, un projet social [...]. Donc beaucoup de gens marqués par les symptômes de la rue, des problématiques d'errance même psychique, parce que quand on est dehors à pas avoir d'objectif dans la rue... [...]. Donc un public pour lequel c'était l'occasion, l'opportunité de créer quelque chose. Et donc la SRAS s'est construite dans ce contexte-là, ce qui fait que quel public ils ont choisi ? Ils ont choisi un public qui était à Virgile depuis très longtemps, pour lequel

¹ Richard, l'infirmier psychiatrique de la postcure, n'y est pas intégré puisqu'il est davantage considéré comme un travailleur social.

les perspectives d'hébergement en autonomie étaient illusoires. Donc ce nouvel outil de travail qu'était la SRAS, c'était vraiment le public vieillissant de Virgile ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Depuis l'instauration du RMI, la nécessité de mettre en place des accompagnements visant la réinsertion des sans-abri s'est développée au sein des CHU. Ce projet s'avère toutefois difficile à mettre en place auprès de la frange la moins insérable des hébergés du foyer du père Virgile (FPV). De plus, durant les années 1990, la population sollicitant l'aide sociale à l'hébergement augmente et l'État préconise de réduire les durées de séjour en orientant rapidement les hébergés (Gardella, 2014a). Dans ce cadre, la présence de sans-abri vieillissants cadre mal. En 1992, le FPV fait face à 19 décès d'hébergés, dont 4 en 4 jours¹. Ces décès s'avèrent difficilement soutenable pour l'équipe de travailleurs sociaux. L'opportunité de créer un nouvel établissement permet alors de mettre à distance ce public.

Un établissement moins coûteux², mais aussi plus adapté et disposant d'un meilleur encadrement est alors imaginé par les travailleurs sociaux du FPV, puis créé en 1995 à moins d'un kilomètre du centre d'hébergement d'urgence. Ce CHRS, la Structure de reconquête de l'autonomie sociale (SRAS), est voué à accueillir cinquante personnes, uniquement des hommes. Initialement, les hébergés proviennent tous du foyer du père Virgile. Le premier chef de service est un ancien travailleur social de Virgile qui a contribué au projet de la création de cet établissement. Au-delà de ce professionnel, Claude, peu de salariés de Virgile l'ont suivi dans la concrétisation de ce projet, excepté un travailleur social du FPV, toujours présent au moment de l'enquête. Il m'explique que cette structure n'intéressait pas tellement les travailleurs sociaux du CHU : « *J'étais le seul tu vois, parce que tout le monde disait "c'est un mouroir, on va s'ennuyer à mourir ici, il va y avoir que des pères", tu vois, ça n'a pas déplacé les foules*³ ». Cela laisse penser que le public de la SRAS est peu gratifiant pour les travailleurs sociaux, en comparaison à d'autres, plus jeunes notamment, avec lesquels des accompagnements sociaux plus classiques sont réalisables. L'opportunité de créer un nouvel établissement vient donc réactiver la ligne de fracture entre les pauvres réinsérables et non réinsérables, qui a historiquement structuré l'histoire de l'assistance. Au sein de l'association,

¹ L'histoire de l'association fait souvent acte de décès consécutifs. Les rapports d'activité parlent d'une « loi des séries » qui se vérifie souvent dans les établissements.

² À la SRAS les hébergés sont des locataires et participent davantage financièrement au fonctionnement de l'établissement qu'au sein du foyer du père Virgile.

³ Extrait d'entretien avec Ludovic, travailleur social non diplômé, 55 ans, SRAS.

la SRAS doit alors sa création à la fois à la mise à distance d'un public non réinsérable, et à celle d'une reconnaissance associative de son existence.

2. *Un CHRS alternatif, symbole d'un âge d'or*

Ce CHRS, dont le projet est porté par certains des « *bâtisseurs* » de l'association, fonctionne de manière relativement alternative en comparaison aux autres centres d'hébergement :

« On voulait être différent des Peupliers. Les Peupliers on avait connaissance du fait que ça pouvait être un bon tremplin pour les personnes qui ne sont pas trop précarisées, qui sont encore en capacité d'accéder au marché de l'emploi, etc., avec suffisamment d'autonomie, avec pas trop de soucis de santé, et à l'époque, c'était un peu considéré comme la pointe des CHRS. C'était pentu. Mais nous, du fait de travailler à Virgile, on avait connaissance de tous les gens qui ne pouvaient pas accéder aux Peupliers. Donc nous on voulait s'adresser à cette population-là, et notamment pour l'accès à l'emploi, pour les gens qui ont 20 ans de rue, c'est un petit peu utopique, donc on était complètement sur d'autres champs ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

Ainsi, c'est la reconnaissance d'une population demeurant éloignée des standards de l'insertion qui est au fondement de la création de ce CHRS. Ce projet se construit sur les constats de travailleurs sociaux de Virgile, éprouvant dans la pratique de leurs accompagnements le décalage entre les prérequis du CHRS des Peupliers, et les capacités d'une frange des hébergés de Virgile. Structurer un établissement spécifiquement pour ces personnes s'appuie sur une réflexion de longue date, déconstruisant les normes de l'insertion (Lévy, 2021). À la SRAS, l'insertion est alors pensée à distance de l'emploi et du logement. Le CHRS souhaite avant tout reconnaître l'existence de ces personnes et leur offrir des conditions de vie décentes :

« On ne se disait pas, grâce à la SRAS, les gens ils vont aller mieux, ils vont se réinsérer, ils vont résoudre leurs problématiques, non c'était plutôt de dire : ils existent. Donc s'ils existent, faisons en sorte qu'ils puissent exister dans des conditions un peu décentes, un peu dignes, et si ça a un effet sur leur situation tant mieux, mais ce n'est pas ce qui est visé. En ça c'était différent aussi des CHRS de l'époque, où il fallait avoir un projet, et puis il fallait viser d'avoir résolu tous ces problèmes en sortant du CHRS, nous on n'avait pas cette perspective-là [...]. Donc à la fois on avait cette non-ambition-là, si on peut le dire comme ça, mais on s'est aperçu que ça avait un effet quand même, que ça pouvait avoir un effet très positif sur certaines situations, dans le cas

où les personnes ont encore suffisamment de ressources personnelles, psychologiques ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

Cette « *non-ambition* » marque la distance prise avec les autres CHRS de l'époque où la notion de projet devient centrale, quelques années avant la mise en place de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Pour autant, cette « *non-ambition* » ne signifie pas qu'aucun objectif n'est formulé pour accompagner les hébergés. Cet établissement symbolise en effet une réflexion sur le fait que prendre en compte leur santé et leur bien-être constitue *aussi* un enjeu d'insertion, puisque cela développe autrement leurs capacités d'action. Ces capacités ne se fondent pas tant sur des acquisitions précises, mais plutôt sur le développement d'un pouvoir d'agir sur leur environnement. Une attention centrale est en cela portée à l'environnement d'accueil et aux conditions d'hébergement (Grand, 2013). Une chambre personnelle est réservée à chaque hébergé, son entretien étant pensé comme un moyen de travailler l'investissement d'un espace à soi. Comme l'indique Julien Lévy dans sa thèse portant sur les grands-exclus, la sécurité de l'habiter en vient à être pensée par les acteurs associatifs comme une condition de l'insertion (Lévy, 2021). La durée de l'accueil est alors envisagée sur le long terme, puisque la SRAS n'impose en pratique aucune limite à la durée de l'hébergement. Garantir un hébergement qualitatif au long cours n'est pas envisagé comme contre-productif pour l'insertion – avec l'idée que les personnes ne voudront plus partir une fois installées –, mais devient au contraire une ressource pour accompagner les sans-abri dans de meilleures conditions. Si les CHRS de stabilisation n'existent pas encore officiellement, la SRAS se construit précocement autour d'une logique d'hébergement au long cours.

En outre, rythmer à nouveau la vie des hébergés apparaît comme un des objectifs de l'établissement. À la SRAS s'élabore en effet une théorie du rapport au temps des sans-abri. Il s'agit d'un temps circulaire, présumé comme étant dénué d'attaches au présent comme au passé : « *seul reste un présent qu'il faut gérer au mieux au fur et à mesure de la succession des jours, tous semblables les uns des autres. Peu à peu se constitue un temps circulaire semblable à la roue du hamster, se répétant sans plus se projeter dans une chronologie* » (rapport d'activité, 1996). Cette définition amène les professionnels à penser que cette population est dénuée de repères temporels, et serait comme détachée des contraintes liées au temps (Coulomb, 2018). Les sans-abri seraient dans un présent sans fin. Ce temps circulaire est à la fois naturalisé et pathologisé. En effet, ce « *désengagement* » (rapport d'activité, 1996) dans le temps les conduit à se désengager de leur corps et de leur santé. Favoriser la projection dans le

temps des hébergés est alors considéré comme un levier majeur pour inciter les accueillis à prendre soin d'eux-mêmes. Pour cela, l'institution normalise le temps *via* des activités à heures fixes et des événements, comme les anniversaires des hébergés par exemple. Le temps des sans-abri est alors appréhendé dans un registre pathologique quand celui des professionnels correspond au domaine du sain. À nouveau, les hébergés sont appréhendés comme les porteurs d'une vulnérabilité sanitaire intrinsèque sur laquelle il convient d'agir.

Dans son appellation même, l'établissement porte l'intention de « reconquérir l'autonomie sociale ». La SRAS prend alors le contre-pied d'une vision individuelle de l'autonomie en y adossant le terme « sociale » (Lahire, 2007). Il est stipulé à la SRAS que les hébergés sont précisément des personnes qui se « *sont gérées seules depuis longtemps* » (rapport d'activité, 2004). Cette forme d'autonomie, isolée, entendue comme « insulaire » voire « autarcique » (Eyraud, 2013, p. 13), est appréhendée négativement, car elle conduit à la marginalisation. La vision de l'autonomie *sociale* que défendent les professionnels de la SRAS tient compte et valorise au contraire les interdépendances et attachements des personnes. Loin d'être des obstacles à l'autonomie, les liens sociaux sont pensés comme des ressources dans l'accompagnement. L'attachement à l'alcool des sans-abri est abordé dans cette optique (Uribelarrea, 2020). La consommation d'alcool n'est pas pensée comme une entrave à l'autonomie, mais comme un support dans l'accompagnement des hébergés. En cela, ce centre d'hébergement fait figure d'exception puisqu'il autorise la consommation d'alcool en son sein dès son ouverture en 1995 :

« On avait connaissance d'une population qui était à Virgile depuis très longtemps, dont la santé était dégradée, la santé somatique, mais aussi la santé psychologique, qui était mise à mal par la précarité de la vie à la rue, et on avait connaissance du fait que cette population-là consommait de l'alcool à 98%. Et donc comme on voulait s'adresser à cette population-là, on ne pouvait pas imaginer une structure qui voudrait, ou qui prétendrait vouloir les accueillir, mais qui interdirait l'alcool puisque c'était une de leurs caractéristiques premières. Donc c'est comme ça que ce principe-là a été posé d'entrée de jeu, qui n'a pas été facile à faire admettre par tout le monde, par la direction, qui était un petit peu chagrinée, les partenaires qui étaient un petit peu dubitatifs, mais globalement on a quand même pu le faire, et puis... je pense qu'on a eu raison ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

L'alcool étant pensé comme une caractéristique majeure de la population ciblée par l'établissement, l'interdiction de sa consommation apparaît comme un non-sens. Si aujourd'hui en France plusieurs structures d'hébergement développent ces positionnements, c'est dans les

années 1990 un parti pris tout à fait original. Ce positionnement atypique trouve une cohérence au regard de l'histoire associative que j'ai retracée jusqu'alors, marquée par une attention précoce aux enjeux sanitaires concernant les sans-abri. Le credo associatif développé depuis l'expérience de la postcure trouve en effet un nouvel écho : plutôt que de lutter contre ce produit, cette structure propose de tenir compte des attachements et des liens qui l'entourent (Uribelarrea, 2020). Sans encourager à la prise d'alcool, la vision des professionnels est d'accompagner les hébergés dans une maîtrise de leurs addictions, et dans leurs souhaits personnels vis-à-vis des consommations. Aujourd'hui, cette manière d'accompagner les addictions a été formalisée comme une démarche de réduction des risques (RDR). À l'époque, cette démarche n'est toutefois pas formalisée comme telle et s'attire de nombreuses critiques, notamment de la part du milieu médical. Pour les professionnels de santé, cette tolérance s'apparente à du laxisme, voire de la mise en danger. Le médecin généraliste qui intervient à la SRAS à titre libéral presque depuis son ouverture me dit ainsi avoir eu des réserves concernant cette règle, à rebours des paradigmes médicaux de l'époque, dans lesquels l'abstinence demeurait la norme.

Du point de vue des professionnels de la SRAS, cette structure est pour autant pensée comme étant particulièrement intéressante pour améliorer la santé des personnes sans-abri. Le travail sur la santé des hébergés est précisément pensé comme un objectif de l'établissement dès son ouverture. Afin de défendre sa légitimité, la SRAS développe même une réflexion sur les économies réalisées par la Sécurité sociale grâce à elle : *« à terme, si l'on envisage les coûts des hospitalisations évitées par la participation à une action préventive en matière de santé, dont la durée sera limitée parce que le malade aura fait le choix d'avoir un comportement actif dans sa démarche de soins, les économies réalisées atteindront des sommes considérables »* (rapport sur la restructuration du foyer du père Virgile, 1994). En outre, augmenter l'espérance de vie des hébergés de la SRAS apparaît comme un objectif central, en proposant pour cela un : *« environnement qui leur reconnaîtra le droit de vivre et la possibilité de faire des choix [...] leur motivation pour entreprendre une démarche de soins ou pour ne pas se laisser mourir pourra faire varier sensiblement leur espérance de vie »* (rapport d'activité, 1994). Aussi, l'attention aux atteintes sanitaires des hébergés, sous-jacente jusqu'aux années 1980 au sein de la CHN, devient la raison d'être de ce nouvel établissement.

La SRAS représente alors un espace de liberté et d'accomplissement associatif. Accueillant une population éloignée des standards de l'insertion des politiques sociales, la CHN développe à travers cet établissement une prise en charge à rebours des CHRS de l'époque, mais aussi des

établissements médicalisés. La SRAS ne tranche pas entre sa mission de lieu de vie – voire de soins – et de centre d’hébergement proposant des projets d’insertion. Il s’agit d’un établissement interstitiel, se situant à la jonction d’un établissement social et d’un établissement de soins. Si cette ambiguïté représentera plus tard une source de fragilité, ce fonctionnement alternatif constitue au départ un symbole du pouvoir portant la marque d’une autonomie et d’une liberté associative. Malgré le scepticisme de départ de la direction de la CHN, l’association soutiendra financièrement cet établissement sur ses fonds propres pendant cinq ans, la SRAS ne bénéficiant pas de subventions publiques avant les années 2000. Le projet de la SRAS fait ainsi rapidement consensus sur son utilité sociale et son caractère innovant. Progressivement, elle devient un symbole de l’âge d’or et du credo socio-sanitaire de l’association. L’ouverture de la SRAS incarne une période propice à l’innovation, une époque où « *il était encore possible de créer des choses¹* ». Pour les professionnels de la CHN, la création de cet établissement marque durablement le fait qu’ils détiennent une expertise valorisable, liée à leur expérience de terrain.

Conclusion

Durant les années 1980 et 1990, le monde de l’assistance détient une forte autonomie quant à la prise en charge des sans-abri. C’est dans cet espace de liberté que se structure un credo associatif au sein de la CHN. Ce credo se fonde sur un ethos de la proximité et de l’engagement envers les pauvres. En ce sens, « accueillir tout le monde » constitue une valeur centrale de la CHN, traduisant la logique de l’inconditionnalité prégnante au sein du monde de l’assistance.

L’association développe en outre une réflexion importante sur la clochardisation, problématisant la dégradation de l’état de santé des sans-abri à mesure que ces derniers s’installent dans l’assistance. Afin de lutter contre ce processus, une intervention ponctuelle et rapide se voit légitimée auprès des sans-abri. Cette réflexion se structure en lien avec le déploiement de la politique d’urgence sociale sur le plan national (Gardella, 2014a). Au niveau national comme au plan local, l’urgence se construit dans les années 1980 comme la manière la plus adaptée pour lutter contre les processus de désocialisation. L’étude de cette association locale montre que les travailleurs sociaux ne considèrent pas ce processus de clochardisation avec fatalité. Le sens de leur action professionnelle est même profondément lié à leur conviction de pouvoir inverser cette tendance à la dégradation. Les salariés associatifs se mobilisent alors

¹ Extrait d’entretien avec Bernard, moniteur-éducateur, 56 ans, Le Relais.

progressivement pour structurer une prise en charge de la santé – et notamment de l’hygiène – des sans-abri.

En outre, à cette période où les pouvoirs publics développent également l’enjeu de l’insertion par le biais du RMI, les travailleurs sociaux actent de l’écart entre les objectifs en termes d’insertion par l’emploi ou par le logement et les capacités qu’ils présument de certains hébergés. Une manière de pallier cet écart tient à l’investissement du registre sanitaire dans les accompagnements des hébergés. La mise en place du RMI permet au final à la CHN de préciser et de légitimer son credo socio-sanitaire. Si l’attention à la santé des sans-abri était une préoccupation sous-jacente de l’association depuis sa création, elle devient, au tournant des années 1980 et 1990, un enjeu central de l’accompagnement dans un contexte où s’étiolent les protections salariales. Jusqu’alors, la médicalisation du problème public du sans-abrisme a avant tout été analysée à l’angle du déploiement de l’urgence sociale sur le modèle de l’urgence médicale (Gardella, 2014a). En complément, ce chapitre montre que le développement de l’insertion et notamment du RMI est aussi, par son usage par les travailleurs sociaux, un levier dans l’investissement du registre sanitaire au sein du monde de l’assistance.

L’aboutissement de ce credo associatif, sensible aux affections sanitaires des sans-abri, se matérialise par la création de la SRAS, un CHRS de stabilisation avant l’heure. La politique d’urgence sociale enjoint en effet le foyer du père Virgile à proposer des conditions d’accueil plus dignes. En conséquence, le CHU perd une partie de ses places d’hébergement et saisit l’opportunité de créer un nouvel établissement pour pallier ce manque. Dans une période de liberté et de créativité, des acteurs associatifs pensent alors un CHRS alternatif, à distance des standards de l’insertion que sont l’emploi et le logement. La SRAS ne vise pas ces directions, mais plutôt une reconnaissance et un mieux-être des sans-abri vieillissants qu’elle accueille. Elle propose alors des séjours sans condition de durée et autorise la consommation d’alcool en son sein.

Dans le chapitre suivant, je vais montrer que la question de la santé des sans-abri va se structurer politiquement. En devenant un problème public, ces acteurs de la première heure de la cause des pauvres vont toutefois se voir en partie dépossédés de leur capacité à définir le problème et à agir (Viguié, 2020). Après avoir montré dans ce chapitre comment l’association s’est emparée de cet espace de liberté dans la prise en charge des sans-abri, le dernier chapitre de cette section va analyser sa progressive déstabilisation. Pour reprendre l’image d’un chef de service de l’association, le monde de l’assistance passe alors à la fin des années 1990 de l’enfance – période de construction fondatrice – à l’adolescence, entendue ici comme un

moment de fragilité, traversé à la fois par des remises en question profondes et une volonté d'affirmation.

Chapitre 4

Le temps de la fragilisation : « L'exclusion "ne nous appartient plus" complètement »

Au tournant des années 2000, l'autonomie et la liberté associative décrites dans le chapitre précédent vont commencer à être remises en question. L'exclusion devient un problème public (Gusfield, 2009) et sa résorption constitue un « impératif national » (Viguié, 2020). Les questions liées à la pauvreté deviennent des objets de débats et de savoirs traversant le monde scientifique, médiatique et politique. Plus aucun parti politique ne fait désormais l'impasse sur le sujet de la grande pauvreté (Viguié, 2020). Cette visibilité constitue cependant une victoire relative pour les entrepreneurs de la première heure de la cause des pauvres, à l'instar de la CHN (Viguié, 2020). En effet, en devenant un problème public, l'exclusion dépossède en partie ces acteurs historiques de la liberté qu'ils détenaient jusqu'alors. En 2009, le rapport d'activité de l'association énonce alors : « *l'exclusion "ne nous appartient plus" complètement* ». Ce chapitre va montrer comment se construit ce sentiment de dépossession et en quoi il occasionne une fragilisation pour l'association.

Cette fragilisation prend une double forme. Premièrement, la médicalisation du problème public du sans-abrisme (Gardella, 2014a), après avoir constitué une opportunité pour la CHN de faire-valoir son credo socio-sanitaire, vient au final déstabiliser l'association. Deuxièmement, cette fragilisation tient à la désuétude progressivement accordée aux centres d'hébergement collectif. Jugés peu efficaces et coûteux, ces établissements sont incités à évoluer. Dans ce mouvement, ces institutions sont prises dans une tension entre une dépendance accrue aux pouvoirs publics, en raison de la raréfaction des financements publics, et une mise en concurrence avec de nouveaux modèles de prise en charge des sans-abri, notamment avec le développement du Logement d'abord. Ces évolutions quant au problème public du sans-abrisme viennent alors fragiliser le credo socio-sanitaire développé jusqu'alors dans l'association.

I. La médicalisation du problème public du sans-abrisme : entre contributions et résistances

1. Politiser la santé des sans-abri

Pour cadrer cette réflexion sur la fragilisation de l'association, il faut d'abord revenir quelque peu sur les évolutions majeures qui se jouent dans la reconfiguration du problème public du sans-abrisme dans les années 1990. Le déploiement du paradigme de l'exclusion sociale est corrélé, sur le plan national, à une visibilité publique accordée à plusieurs médecins à cette période. C'est en 1993 que le médecin Xavier Emmanuelli, co-fondateur de Médecin sans Frontières, reprend la consultation médicale du Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (CHAPSA) de Nanterre à la suite de Patrick Henry. Xavier Emmanuelli contribue largement à rendre visibles sur la scène publique les problématiques de santé des sans-abri. En effet, heurté par la violence policière que subissent les sans-abri, Xavier Emmanuelli, accompagné du Dr Patrick Henry et du Dr Jacques Hassin, entreprend de créer un dispositif d'aide d'urgence, le Samusocial de Paris (Cefai, Gardella, 2011). Créé le 22 novembre 1993, le Samusocial vise à aller vers les sans-abri qui demeurent à distance des dispositifs d'assistance et de soin (Wolff, 2018). La reprise du terme « SAMU » (service d'aide médicale urgente) est loin d'être un hasard. Socialisé à la médecine humanitaire de crise, Xavier Emmanuelli reproduit cette vision de l'intervention médicale d'urgence au sujet des sans-abri (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019 ; Aranda, 2019). Seule une intervention rapide est pensée comme permettant de lutter efficacement contre le processus de dégradation psychique et corporel des sans-abri (Gardella, 2014a). Ainsi, le Samusocial, construit sur le modèle de l'urgence médicale, incarne la redéfinition du problème public du sans-abrisme sous un prisme médical (Gardella, 2014a). En 1995, alors que Jacques Chirac est élu président de la République, il sollicite Xavier Emmanuelli pour devenir membre du gouvernement, ce que le médecin accepte. Il sera alors secrétaire d'État auprès du Premier ministre entre 1995 et 1997. Cette position de pouvoir favorise alors la diffusion d'un langage médical dans le traitement du problème posé par les sans-abri (Schlegel, 2019).

Dans le même temps, d'autres groupes d'acteurs, principalement composés de médecins, se mobilisent également pour questionner et rendre visible l'articulation des vulnérabilités sociales et sanitaires des plus pauvres. L'Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE) est créé en 1993 au sein du Centre Hospitalier du Vinatier à Bron par le psychiatre Jean Furtos et le sociologue Christian Laval, défendant l'intérêt d'une clinique psychosociale (Bresson, 2006). Les questionnements qu'ils

élaborent au sujet des atteintes psychiques et sociales favorisent la création d'une revue en 2000 : *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité*, dirigée par Jean Furtos. Un réseau national « souffrance psychique et précarité » est également créé dans le but de promouvoir les questions liées à la santé mentale et la précarité, intégrant notamment les médecins Xavier Emmanuelli et Antoine Lazarus (Fassin, 2006b). La profusion de données documentant les visions des médecins de cette époque témoigne de leur position d'expertise sur ce sujet (Schlegel, 2021). Dans cette reconfiguration du problème public du sans-abrisme, les médecins s'avèrent donc jouer un rôle central.

La place que prennent ces médecins sur la scène nationale coïncide avec l'importance qu'ils occupent au même moment au sein de la CHN. Les années 1990 sont en effet marquées par une présence notable de médecins dans l'association, intervenant sur des modalités différentes. Le médecin est bénévole à Virgile, ils sont libéraux aux CHRS des Peupliers. Dès l'ouverture de la SRAS en 1995, les professionnels sollicitent également l'intervention de médecins libéraux. Ils seront alors jusqu'à trois médecins à intervenir dans l'établissement. Celui qui restera près de vingt ans le médecin privilégié de la SRAS est d'ailleurs, à l'image de Xavier Emmanuelli, marqué par une sensibilité à la gestion de l'urgence médicale, ce dernier réalisant fréquemment des gardes au SAMU en parallèle de son activité de médecin généraliste. Cette présence importante de médecins au sein de la CHN souligne bien la place centrale qu'y occupe la santé durant les années 1990, comme je l'ai montré au chapitre précédent.

Corrélativement à la place prépondérante occupée par ces médecins au niveau local comme national, la santé des plus pauvres devient un enjeu prioritaire des politiques publiques à la fin des années 1990. Témoignage de cette considération, la loi d'orientation et de lutte contre les exclusions de 1998 insiste sur la nécessité de favoriser l'accès aux soins des exclus¹, considérant que : « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé »². Rendre universelle l'assurance maladie est alors envisagé comme une priorité de la loi, montrant finalement que la Sécurité sociale n'avait pas totalement résolu ce problème (Gabarro, 2012 ; Brodiez-Dolino, 2013a). La

¹ Cette loi entraîne également la création du 115, à la poursuite du déploiement de la politique d'urgence sociale. Localement, le dispositif du 115 sera rapidement géré par le FPV. La dénomination des CHRS évolue également à la demande de la FNARS : de Centre d'hébergement et de réadaptation sociale, les CHRS deviennent des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (Aranda, 2019).

² Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 67, en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000206894/#:~:text=La%20présente%20loi%20tend%20à,famille%20et%20de%20l'enfance>. Consulté le 22 juin 2023.

création de la Couverture maladie universelle (CMU) en 1999 puis de l'Aide médicale d'État (AME) en 2000 concrétise cette importance accordée à l'accès aux soins des plus pauvres.

Ainsi, la santé des plus démunis se constitue comme un enjeu incontournable des politiques sociales. Certains acteurs, et notamment les médecins cités plus haut, œuvrent à cette entreprise de politisation en se positionnant comme des experts du problème (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019). La politisation, entendue comme la mise à l'agenda d'une question, n'est toutefois qu'un aspect du processus de construction d'un problème public (Fortané, 2010). Le processus de politisation s'adosse en effet à un processus de « problématisation » et de « publicisation » (Lagroye, 2003 ; Fortané, 2010). En ce sens, la médicalisation du problème public du sans-abrisme ne se réduit pas à l'entreprise de ces médecins, car c'est plus largement une « transformation des représentations du ou des phénomènes considérés comme problématiques » qui accompagne ce mouvement (Fortané, 2010, p. 6).

En ce sens, cette reconfiguration s'initie dès les années 1980 sur le constat partagé par de nombreux acteurs associatifs de l'éloignement des plus pauvres des lieux de soins, ainsi que de la prise de conscience de leur santé particulièrement dégradée. Il s'agit là du processus de problématisation, la santé des plus pauvres étant dès lors pensée comme un problème pour les acteurs qui en ont la charge, comme à la CHN. Parallèlement, la publicisation de ce problème s'est manifestée par le déploiement du paradigme de l'exclusion et de la souffrance, s'imposant comme une manière privilégiée de penser la « nouvelle pauvreté ». Cette publicisation s'est opérée par le développement d'une sensibilité publique à l'égard des sans-abri, les atteintes à leurs vulnérabilités sanitaires devenant insupportables. Dans notre monde contemporain, la santé constitue en effet une valeur suprême, entraînant l'idée que nous devons être tous égaux face à elle (Fassin, Dozon, 2001). Les désavantages à son égard, bien que largement existants, constituent des intolérables contemporains (Bourdelaïs, Fassin, 2005).

De ces processus conjugués de politisation, de problématisation et de publicisation, la santé des sans-abri se construit donc comme un problème public. Elle devient une catégorie de l'action publique (Fortané, 2010) qui se traduit notamment par le déploiement d'une politique de décroisement entre le social et le médical, dès la fin des années 1990 (Guillou, 2006 ; Petiau, 2019 ; Schlegel, 2021). Le partenariat est en effet largement impulsé par les pouvoirs publics comme une manière de mieux prendre en charge la santé des plus pauvres (Dhume, 1999). Nadège Vezinat et Nicolas Duvoux analysent cette évolution comme l'émergence d'une « santé sociale » (Duvoux, Vezinat, 2022). Différente de la santé publique et de la médecine sociale, la santé sociale permet d'appréhender des dispositifs et interventions professionnelles

visant à décloisonner le social du médical pour mieux tenir compte du fait que les problématiques des individus ne sont pas circonscrites ainsi (Duvoux, Vezinat, 2022). Progressivement, la santé sociale s'impose ainsi comme une « norme émergente d'action publique favorisant l'interprofessionnalité pour faire face à des situations médicales complexes » (Duvoux, Vezinat, 2022, p. 10). Dans ce cadre, de nombreuses initiatives reliant les questions sociales et médicales se développent. Après une période de « différenciation » (Bresson, 2006, p. 142) entre les secteurs du social et du sanitaire, cette frontière semble être remise en cause. Maryse Bresson parle ainsi d'une « désécialisation » pour analyser ces rencontres d'acteurs issus de cultures professionnelles différentes. Cela conduit donc à l'interrogation suivante : dans quelle mesure cette mise à l'agenda de la santé des pauvres signe-t-elle le retour d'une indifférenciation entre les vulnérabilités sociales et sanitaires (Bresson, 2006, p. 144 ; Brodriez-Dolino, 2013a, 2013b) ?

2. *Les lits infirmiers : s'adapter ou marginaliser ?*

La mise en place des lits infirmiers au sein de la CHN permet de poursuivre cette réflexion. Ce dispositif permet en effet de montrer l'ambivalence de l'association vis-à-vis de la médicalisation, qui tout en participant localement activement à ce processus, développe une vigilance quant aux risques que la création de ces programmes à la frontière du sanitaire et du social pourrait générer.

Dans les années 1980 et 1990, il est constaté au sein du foyer du père Virgile qu'une partie des sans-abri ont une santé particulièrement dégradée. Ce constat est problématisé en termes de clochardisation et participe à la création de la SRAS. Pour autant, tous les sans-abri à la santé dégradée ne sont pas accueillis dans ce nouvel établissement et certaines personnes, considérées comme particulièrement vulnérables, continuent de se présenter à la porte du foyer du père Virgile. Le FPV fait alors le choix de réserver certaines places pour ces personnes les plus abîmées. Alors que le nombre de demandeurs augmente, cette frange de la population sans-abri est *priorisée* vis-à-vis des autres.

Ces hébergés sont alors accueillis dans des chambres spécifiques : « *on avait quelques lits comme ça, pour des personnes qui n'étaient pas capables de rester dehors, qui sortaient d'hospitalisation, etc.* », explique le chef de service de l'établissement. Cette chambre, nommée la chambre à mobilité réduite (CMR), correspond aux prémices des lits infirmiers, qui deviendront eux-mêmes les Lits halte soins santé (LHSS) lorsqu'ils seront instaurés par le législateur en 2006. Ces places au sein de la chambre à mobilité réduite sont pensées comme

une possibilité de stabiliser au moins quelque temps ces sans-abri vulnérables dans un même lieu, alors que la politique d'urgence sociale génère une mobilité importante. Créée dans les années 1990, cette initiative est tout à fait officieuse, et il n'est pas possible d'en identifier précisément la création dans les rapports d'activité. Loin de faire figure d'originalité, de nombreuses initiatives similaires voient le jour en France à cette même période. Des lits infirmiers ouvrent en 1993 au CHAPSA de Nanterre, sous l'impulsion de Xavier Emmanuelli et huit lits médicalisés ouvrent en 1995 au FNDSA à Lyon (Brodiez-Dolino, 2020).

Ces acteurs – y compris la CHN – participent par ces initiatives à la politisation de la santé des sans-abri. En 2001, l'Unité départementale d'action sociale (UDAS) va solliciter la CHN pour que soient mis en place officiellement des lits infirmiers, en octroyant des financements pour faire vivre et encadrer ce programme existant officieusement. La reconnaissance politique de cette initiative montre le rôle de co-construction qu'occupent les associations dans l'instauration des politiques publiques (Cottin-Marx, 2019). Plus encore, les lits infirmiers et la CMR de la CHN vont être salués et encouragés par les autorités publiques : Dominique Versini, alors secrétaire d'État à la lutte contre les exclusions, vient en effet visiter ce dispositif innovant en 2002. La CHN n'est donc pas qu'un réceptacle passif de la médicalisation du problème public du sans-abrisme, puisque l'association participe aussi à la promotion de cette initiative au niveau politique¹.

À la poursuite de l'initiative de la CMR, les lits infirmiers constituent donc des places d'hébergement temporaires, réservées aux personnes sans-abri présentant des fragilités sanitaires, et ayant besoin de soins sans qu'une hospitalisation ne soit nécessaire. La mise en place de ces lits intervient dans une période de bouleversement importante pour le foyer du père Virgile. Après de nombreuses décennies où accueillir tous les demandeurs constituait un véritable credo associatif, cette politique est mise à mal en raison d'un afflux massif de demandes d'hébergement d'urgence. Au tournant des années 2000, l'association commence alors à instaurer des files d'attente au sein des centres d'hébergement : « *nous avons appris depuis juillet 2001 à gérer une liste d'attente tous les soirs. Nous avons appris à répondre non à des demandes d'hébergement* » (rapport d'activité, 2001). Cette décision, lourde de sens pour

¹ Frédéric Viguié indique d'ailleurs que le monde de l'assistance entretient une relation particulière avec les pouvoirs publics, marqué par le partage d'une socialisation commune au catholicisme social avec certaines élites politico-administratives (Viguié, 2020). Au sein de la CHN, il est arrivé à plusieurs reprises que des personnes ayant occupé des postes dans des services publics – notamment à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) –, s'engagent au sein du conseil d'administration de l'association, ce qui atteste de l'existence de relations facilitées entre le monde de l'assistance et les pouvoirs publics (Cottin-Marx, 2019).

l'association, s'inscrit dans le souhait de passer d'un accueil de masse, peu qualitatif, à un accueil plus individualisé et qualitatif. Les travailleurs sociaux ayant vécu cette transition témoignent de la difficulté qu'a constituée cette évolution majeure dans la politique associative :

« Disons que tout au début, on accueillait vraiment tout le monde. On ne laissait personne sur le carreau, voilà, après ça a changé. Après il a fallu gérer... après ça a été plus compliqué, parce que ça a la rigueur, c'était difficile à l'intérieur, parce qu'il y avait énormément de monde et tout, mais moralement ce n'était pas difficile parce que tout le monde rentrait. Après ça a été plus difficile quand il a commencé à falloir dire aux gens : « *non vous n'allez pas pouvoir rentrer, il n'y a pas de place* ». Ouais, là ça a été plus compliqué. Quand tu avais 30 personnes dans le sas, et qu'il fallait leur dire bah non messieurs vous partez, alors je sais plus comment se faisait la sélection, comment on prenait les personnes, mais j'ai l'impression que c'était quand même un peu à celui qui poussait un peu le plus fort. Donc c'était non il y a plus de place, il fallait sortir ceux qui... et puis même les faire sortir c'est un truc. Mais voilà, après c'est difficile quand tu sais que tu vas laisser plein de mecs dehors sans solution ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

L'abolition de cette règle morale, d'accueillir tous les demandeurs, constitue une épreuve de professionnalité (Ravon, Vidal-Naquet, 2018) qui fragilise le monde de l'assistance au tournant des années 2000. Les « accueils surnuméraires » qui étaient la règle deviennent problématiques dans un contexte où les CHU attirent l'attention politique et médiatique (Brodiez-Dolino, 2020). Le déploiement de la politique d'urgence sociale est alors à nuancer quant aux bénéficiaires réellement perçus par les établissements concernés, devant pour certains rompre avec des conceptions du travail significatives dans leur histoire.

Face à l'abandon de la norme de l'accueil de tous les demandeurs, le précepte moral d'accueillir les personnes les plus vulnérables se réactive. Les lits infirmiers et la CMR constituent en effet une manière de contourner la perte de sens engendrée par la saturation de l'hébergement d'urgence et l'instauration des listes d'attentes. À la poursuite des analyses produites par Axelle Brodiez-Dolino, il semble que dans un contexte marqué par l'incertitude du travail social, le retour de cette corrélation historique entre vulnérabilités sociales et sanitaires constitue une source de réassurance pour les acteurs associatifs (Brodiez-Dolino, 2013a). La vulnérabilité sanitaire comme passeport d'accès à l'assistance se réactualise alors avec la médicalisation du problème public du sans-abrisme (Uribelarrea, 2020).

Le foyer du père Virgile continuant de fonctionner avec le dispositif officieux de la chambre à mobilité réduite, c'est la SRAS qui va mettre en œuvre les premiers lits infirmiers financés :

« Il y a eu la création des dispositifs des LHSS, initialement ça s'appelait les lits infirmiers, et à l'époque c'était l'UDAS, ce n'était pas encore la DDCS [Direction départementale de la cohésion sociale], qui avait sollicité la CHN pour mettre en place ce dispositif-là, et en gros, les services disaient non on n'a pas besoin, ça va être du boulot en plus, etc., Sauf nous [la SRAS] qui avons dit oui oui, parce que du coup avoir des lits infirmiers ça permettait d'avoir du personnel médical, notamment une infirmière, et donc le deal qui a été passé à l'époque c'était de dire ok, on met en œuvre ce dispositif-là, de LHSS, si vous nous autorisez à ce que l'infirmière puisse être à disposition aussi pour les autres personnes de la structure. Et ça, c'était une ouverture importante en termes de prise en charge de la santé, ça a été très intéressant ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

La SRAS ouvre ainsi deux lits infirmiers, y voyant là l'opportunité d'embaucher une infirmière. Les travailleurs sociaux du CHRS sont en effet confrontés à des situations médicales plus complexes que ce qu'ils avaient envisagé. « *Ce qui n'avait pas été mesuré, à sa juste valeur, c'est l'importance des problèmes de santé auxquels sont confrontées de manière inévitable des personnes* » est-il écrit dès la deuxième année de fonctionnement de l'établissement (rapport d'activité, 1996). « *Est-ce que la SRAS peut prendre en charge efficacement ces situations extrêmes ?* » (rapport d'activité, 1998) ; « *La SRAS est-elle une structure adaptée ou suffisamment médicalisée ?* » (rapport d'activité, 1999). Ces réflexions se structurent autour du degré de « médicalisation » de l'établissement. La possibilité de financer le poste d'une infirmière apparaît alors comme une manière de répondre à ce sentiment prégnant d'impuissance face aux situations médicales complexes des hébergés. Au-delà des lits infirmiers, ce poste est ainsi dès le départ – et encore aujourd'hui – tourné vers l'ensemble des hébergés des établissements :

« C'est ça que je trouve extraordinaire, c'est que mon poste il est financé pour les lits [LHSS], mais ma fiche de poste du coup ce n'est pas uniquement pour les lits c'est pour l'ensemble de la structure. Il y a quelque chose qui est un petit peu décalé quoi ».

Hélène, infirmière, 65 ans, CHRS de la SRAS

Ce montage est tout à fait assumé par l'association et par les organismes de tutelles. Il est en effet entendu que tous les hébergés sont susceptibles de nécessiter des soins d'une infirmière. En pratique, le poste d'infirmière obtenu est réparti entre deux infirmières à mi-

temps, l'une à la SRAS et l'autre au foyer du père Virgile. L'infirmière de la SRAS qui est embauchée est extérieure à l'association. En revanche, celle embauchée au FPV était d'ores et déjà salariée de l'association, avec des financements précaires depuis 1998. Cette première infirmière salariée de Virgile était une soignante bénévole, particulièrement impliquée, qui a vu progressivement sa situation évoluer : d'abord salariée deux heures par semaine, afin de participer à la réunion d'équipe des travailleurs sociaux, l'association parvient à l'embaucher à mi-temps sur certaines périodes de l'année, grâce aux financements qui parviennent à l'établissement pour la campagne hivernale. Le déploiement de l'urgence sociale, par les ressources qu'il confère à l'association, favorise ainsi sa progressive sanitarisation *via* la salarisation d'une infirmière au foyer du père Virgile. Par le biais des lits infirmiers, son embauche est ensuite pérennisée à mi-temps. Elle intervient alors au FPV chaque matin, en complément des infirmières bénévoles qui continuent d'intervenir le soir. Les travailleurs sociaux déjà présents à l'époque soulignent l'investissement de cette infirmière, qui, bien que financée pour un mi-temps, faisait en réalité largement un temps plein. Sa situation montre combien les engagements bénévoles et professionnels sont parfois enchevêtrés et bien plus complexes que cette ligne de partage ne le suggère (Dussuet, Flahault, 2010 ; Simonet, 2012).

Le dispositif des lits infirmiers vient toutefois poser des questions, notamment parce qu'ils se trouvent saturés dès leur création. De plus, les pathologies des hébergés du dispositif sont présentées comme étant de plus en plus importantes. Si les personnes sont admises pour une pathologie aiguë, il s'avère qu'elles souffrent souvent d'autres pathologies chroniques qu'il est complexe d'ignorer. Alors, les fins de séjours sont souvent difficiles à prononcer, rendant les rotations sur ces places particulièrement épineuses. Un hébergé en fin de vie est ainsi resté un an au sein des lits infirmiers alors que le temps d'hébergement est censé ne durer que quelques semaines. Pour pallier les retours à la rue de personnes vulnérables qui s'avèrent difficilement tenables pour les professionnels, un lit surnuméraire, non financé, se crée à la SRAS de manière informelle. Malgré tout, les deux infirmières qui régulent les entrées et sorties du dispositif exposent dans un rapport d'activité des craintes importantes :

« S'il répond à un besoin évident, ce dispositif doit se garder d'au moins deux dérives. La première consisterait en un glissement vers un hébergement en urgence. La pression est forte pour garder "à l'abri" des personnes vulnérables qui relèvent d'une prestation d'hébergement adapté. La SRAS constituerait cette réponse, mais est aujourd'hui totalement saturée. La seconde serait d'accueillir des personnes qui sont dans une démarche de soins, qui relèvent du secteur sanitaire, et pour lesquelles l'institution hospitalière ne peut répondre. Il s'agirait alors d'une médicalisation des lits

infirmiers. Ce dispositif met également en évidence une population qui ne peut accéder aux structures d'hébergement classiques (CHRS, maisons de retraite...), qui échappe aux dispositifs de soins, et pour laquelle se pose la question de l'orientation, lorsque se combinent problèmes de santé, hébergement précaire et difficultés psychosociales » (rapport d'activité, 2001).

Cet extrait d'un rapport d'activité montre les tensions plurielles qui traversent le dispositif dès son ouverture. L'infirmière précise en effet que l'intention de ce programme ne peut être de se substituer à de l'hébergement d'urgence. Le besoin de soins est donc significatif dans l'arbitrage des demandes. Néanmoins, à cette condition du besoin de soins s'ajoute l'enjeu de ne pas accueillir des personnes trop malades, qui relèveraient de soins hospitaliers et proprement médicaux. Ainsi, il n'est pas question de créer un établissement de soins *médicaux* au sein du monde de l'assistance. La crainte d'une « *médicalisation des lits infirmiers*¹ » est expressément formulée, signifiant par là le souhait clair de ne pas se substituer à la médecine de ville et hospitalière *via* ce dispositif.

La crainte sous-jacente de ces infirmières, et plus largement des acteurs associatifs, est celle de l'instauration d'une médecine à deux vitesses (Parizot, 2003). La création de ces dispositifs à la croisée du social et du sanitaire est en effet appréhendée comme un risque que ces patients pauvres se retrouvent finalement dans des espaces de soins de seconde zone, venant entériner la marginalisation de ces publics des services hospitaliers. La SRAS affirme aussi clairement sa volonté de ne pas devenir « *un hôpital pour pauvres* » dans le rapport d'activité de 2003. Une vigilance se développe ainsi quant à ces programmes à la frontière du social et du sanitaire, désormais soutenus par les pouvoirs publics. La nécessité jusqu'alors partagée de tenir compte des problématiques de santé des hébergés se heurte, à partir des années 2000, à la crainte que cela vienne finalement redoubler les inégalités sociales de santé déjà éprouvées par les sans-abri. C'est là qu'apparaît une certaine fragilisation du credo associatif socio-sanitaire : alors que dans les années 1990, la CMR constituait une initiative locale qui faisait consensus au sein de l'association, les lits infirmiers, officialisés au tournant des années 2000, deviennent sources d'incertitudes sur les conséquences qu'ils occasionnent.

¹ Rapport d'activité, 2001.

3. *Le désengagement médical*

Cette prudence associative se structure également au regard de la position de l'hôpital, au début des années 2000. L'injonction au décloisonnement entre les secteurs sociaux et médicaux ne semble pas s'accompagner, en pratique, d'un retour en force de l'hôpital dans la prise en charge de son public historique. La CHN déplore plutôt le « *désengagement de l'hôpital* » (rapport d'activité, 2004). L'orientation de l'hôpital est d'ailleurs claire : le 18 novembre 2003 est institué le passage à la tarification à l'activité, visant l'optimisation des dépenses de santé (Vincent, 2005). Pour la CHN, cette réforme est accusée d'avoir des effets concrets, notamment sur le raccourcissement des durées de séjours des sans-abri à l'hôpital :

« Le FPV a été sollicité par de nombreux services hospitaliers. Que ce soit l'assistante sociale, l'infirmière voire le médecin, c'est toujours la même demande : monsieur Untel est sortant d'hospitalisation, pas tout de suite rassurez-vous, c'est seulement demain ! Il est guéri, n'a pas besoin de structure de convalescence, il est juste convalescent... j'allais oublier, il a un traitement léger : prise de cachets 3 fois par jour, soins infirmiers 3 fois par jour. Il est autonome, il faut juste l'aider dans ses déplacements ! ... Oui madame et donc il peut partir tous les matins à 10 heures et revenir à 18 heures, s'occuper toute la journée, etc. ? Euh, ben non pas vraiment, je crois que je vais voir pour un centre de convalescence. Cette situation peut paraître caricaturale et pourtant c'est du vécu ! Et à plusieurs reprises. Surtout lorsqu'un monsieur d'une cinquantaine d'années est arrivé devant la porte du FPV en VSL [véhicule sanitaire léger] et qu'il était dans l'incapacité de se mouvoir seul, ne serait-ce que pour descendre du véhicule. Virgile était pourtant adapté à la situation de ce monsieur si l'on se réfère aux dires des partenaires. Voilà, de mon point de vue, une conséquence directe de la réforme hospitalière... pour limiter les dépenses de santé, la prise en charge hospitalière saucissonne l'individu en ne raisonnant que sur l'aspect médical immédiat sans tenir compte de sa situation globale » (rapport d'activité, 2005).

Le ton sarcastique et dénonciateur du rédacteur de ce rapport¹ en dit long quant à l'implication perçue de l'hôpital dans la lutte contre la dégradation de l'état de santé des sans-abri. Cet allié supposé du combat qu'est l'hôpital devient en partie un adversaire. En effet, le fonctionnement même de l'hôpital est accusé de contribuer à la mauvaise santé de cette population. Jean-François, travailleur social au foyer du père Virgile, m'explique en entretien

¹ Ce sont majoritairement les chefs de service des établissements qui rédigent les rapports d'activité mais il arrive que les travailleurs sociaux et infirmières rédigent des passages sur des sujets précis. En 2005 par exemple, deux travailleurs sociaux ont rédigé 5 pages concernant un séjour en montagne réalisé avec quelques hébergés du FPV.

comment se manifestait concrètement cette non-prise en compte, de son point de vue, de ces patients peu rentables :

« Mais des fois c'était des trucs... Voilà une personne qui allait aux urgences en mauvais état, qui pissait le sang, qui faisait une hémorragie. Je dis : « *mais ils ne t'ont rien fait ?* », et je le remmène aux urgences et en fait, à chaque fois ils le mettaient, ils le gardaient tel qu'il était habillé, dans la première pièce qui était près de la sortie, donc si on ne restait pas, c'était sûr qu'il allait se barrer. Et puis des fois, ça pouvait être aussi... une fois j'étais dans le couloir, j'accompagnais un monsieur, et il y avait plein de gens qui attendaient, et nous aussi, et donc nous on attend là, et de loin là, comme ça, on nous lance : "*mais vous de toute manière, vous buvez non*" ? ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

Le ressenti de Jean-François insiste sur la faible considération de l'hôpital à l'égard des sans-abri. Ce récit suggère que la médicalisation du problème public du sans-abrisme ne s'accompagne pas d'un investissement particulier de l'hôpital dans le traitement opérationnel de ce problème. Pour autant, s'en tenir à ce constat du désengagement de l'hôpital semble réducteur. Localement, il apparaît en effet que l'hôpital tient compte de cette population, en commençant à réserver des voies de soins différentes de celles de la population générale. Ainsi, l'hôpital de la ville lance un appel à projets en 1998 pour créer une « équipe mobile » et accompagner les sans-abri dans leurs démarches de soins. C'est le foyer du père Virgile qui le remporte. Deux travailleurs sociaux, travaillant initialement au FPV, se voient alors détachés pour aller travailler sur cette équipe mobile, financée par l'hôpital. « *Il y a eu un souci de se dire, 30 personnes dans l'anneau central [accueil de l'hôpital], qui braillaient, bon c'était folklo quand même, on s'est dit bon ça serait bien qu'il y ait un lieu où ils peuvent rester dans la journée* », m'explique Martine¹. Le fait que des sans-abri restent des heures durant aux urgences de l'hôpital est considéré comme un problème, auquel cette équipe est censée répondre.

En ce sens, si le décroisement entre les secteurs sociaux et médicaux est souhaité pour garantir un meilleur accès aux soins de cette population, ce mouvement ne s'opère pas sur le modèle dit du « droit commun ». Ce sont en réalité tout un ensemble de modalités d'accompagnement à la frontière du médical et du social qui se développent pour répondre à cette problématique. Pour Nicolas Duvoux et Nadège Vezinat, le « tournant hospitalo-centré », conduisant l'hôpital à s'éloigner de son histoire d'accueil des pauvres, favorise en effet la

¹ Martine, monitrice-éducatrice, 59 ans, Le Relais.

création de ce type de dispositifs : « la rupture entre sanitaire et social a ouvert un espace pour des pratiques de remédiations entre les deux univers » (Duvoux, Vezinat, 2022, p. 9). Ces programmes, à la frontière du social et du médical, sont pensés pour favoriser l'accès aux soins de cette population vulnérable tout en les tenant à distance de certains services hospitaliers, comme ici concernant les urgences. La création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), au lendemain de la loi de lutte contre les exclusions de 1998, s'inscrit également dans cette logique (Parizot, 2003 ; Geeraert, 2014, Aranda, Duvoux, 2022). Ces permanences constituent des lieux de prise en charge médicale et sociale au sein des hôpitaux, visant l'accès aux soins des plus démunis. Jérémy Geeraert les définit comme des « espaces de soin de la précarité » (Geeraert, 2017). Localement, l'équipe mobile créée va progressivement devenir une PASS. Les patients les plus pauvres y sont alors orientés, étant entendu que cette population nécessite une prise en charge spécifique. Une logique proche s'applique à la santé mentale, avec l'instauration des Équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP), que l'on retrouve localement également (Marques, 2013).

L'opposition entre « droit commun » et « dispositifs spécifiques » nécessite toutefois d'être déconstruite (Damon, 2012 [2002]). Gabriel Uribelarrea montre avec justesse qu'il n'y a pas de réelle scission entre ces deux modèles, mais qu'il s'agit plutôt d'une « imbrication » dans les réponses fournies (Uribelarrea, 2020, p. 193). Les filières de soins destinées aux pauvres croisent en effet régulièrement la filière de soins dite de « droit commun », loin de l'image de deux voies parallèles qui ne se rencontrent jamais. La « filiarisation » (Chauvenet, 1978) qui s'opère avec ces dispositifs spécifiques permet la préparation des malades pauvres à être des malades admissibles à l'hôpital (Carricaburu, Ménoret, 2004). Par un ensemble d'actions, allant de l'ouverture des droits sociaux à la mise au propre des sans-abri, ces filières spécifiques ont pour mission de préparer ces pauvres à la filière de soins de « droit commun ». Cela nuance l'idée que ces filières seraient uniquement destinées à évacuer ces patients.

Parallèlement à la création de ces filières de soin, les médecins jusqu'alors présents dans les centres d'hébergement de la CHN quittent progressivement l'association. En 2004, le médecin généraliste qui intervenait aux CHRS des Peupliers cesse ses activités dans la structure, mais continue de recevoir les patients à son cabinet de ville. Le médecin bénévole de Virgile cesse lui aussi d'intervenir. En 2006, le médecin psychiatre démissionne et ne sera pas remplacé, faute de moyens. Ainsi, s'il y a bien une médicalisation du problème public du sans-abrisme, ce mouvement semble s'accompagner en pratique d'un désinvestissement des médecins dans la prise en charge de cette population. En cela, la crainte des acteurs associatifs

de la CHN n'est pas liée au fait que le milieu médical entre par effraction au sein de leur monde, et s'empare de la prise en charge de cette population, comme l'évoque la « légende noire » de la médicalisation (Faure, 1998). En revanche, le risque qu'ils perçoivent est celui de constituer des lieux de soins de seconde zone, qu'il leur revient de mettre en œuvre. Valérie Wolff, en étudiant cette question à l'angle du monde hospitalier, indique que : « cette tendance à la médicalisation du sans-abrisme qui semble partir du secteur de l'urgence sociale, apparaît plus globalement déniée par les professionnels du champ médical. On constate notamment une implication marginale des médecins auprès des sans-abri. Leurs interventions dans la rue restent "rares" » (Wolff, 2018, p. 264). En ce sens, on peut interroger dans quelle mesure l'injonction au décloisonnement ne pèse-t-il pas davantage sur les épaules du monde de l'assistance que sur celles du monde médical.

4. La structuration sanitaire d'un espace social

Incorporant cette injonction au décloisonnement, la CHN renforce très largement la prise en charge de la santé qu'elle réalise au sein de ses établissements à partir des années 2000. Un véritable espace sanitaire se construit au sein de monde traditionnellement social. Le nombre et la diversité des professionnels de santé intervenant dans les centres d'hébergement de l'association croissent largement à partir des années 2000. Les infirmières bénévoles cessent progressivement d'intervenir, excepté à la SRAS, laissant la place à de plus en plus de soignants professionnels, notamment par le biais des financements des LHSS. Les lits infirmiers se voient en effet officiellement inscrits dans la loi le 17 mai 2006, sous le nom des Lits halte soins santé (LHSS). En remportant l'appel d'offres pour la création des LHSS, la CHN ouvre alors deux nouveaux lits, un au FPV et un au centre d'hébergement pour femmes. L'association fait le choix, qui restera assez original sur le plan national, de l'éclatement des LHSS sur différentes structures, avec l'objectif pensé dès le départ de permettre l'embauche d'infirmières au sein des différents établissements. En 2008, le nombre de LHSS passe à dix (puis à dix-huit en 2015) au sein de l'association, qui reste la seule à proposer ce dispositif dans l'agglomération. L'embauche d'infirmières va alors rapidement concerner la plupart des centres d'hébergement de l'association. Cela reste une orientation marginale lorsqu'on la rapporte aux fonctionnements d'autres associations qui, encore aujourd'hui, ne disposent pas toujours d'infirmières dans leurs équipes. Cette caractéristique de la CHN doit être remarquée, car elle témoigne de sa spécificité en matière de prise en charge de la santé des sans-abri dans le paysage associatif local.

Outre l'embauche de soignants, l'association tisse également des liens avec d'autres acteurs du monde de la santé. Le monde de l'assistance, longtemps mis en cause pour son fonctionnement autarcique, intègre cette critique. Le travail en partenariat va notamment se développer avec des organismes de protection juridique des majeurs, avec des prestataires de soins à domicile, mais également avec certains services médicaux. Dans ce cadre, des relations solides s'instaurent, en particulier avec la psychiatrie : « *il n'est pas possible de travailler chacun de son côté, les "psys" d'un côté, les "sociaux" de l'autre. Cette époque est terminée, il nous faut travailler ensemble pour le bien du public rencontré et faire converger les énergies* » (rapport d'activité, 2004). Avec l'Équipe mobile psychiatrie-précarité de la ville, un véritable travail collaboratif s'engage. Plus encore, des relations s'instaurent avec le service d'addictologie de l'hôpital, avec les Centres médico-sociaux (CMS) ainsi qu'avec les services de Protection maternelle infantile (PMI) au centre d'hébergement pour femmes. À la SRAS, des réunions « *partenaires santé* » sont créées, regroupant différents professionnels sociaux et de santé pour échanger autour de situations complexes d'hébergés :

« La nécessité d'une collaboration des équipes sanitaires et sociales est admise depuis de longues années. Cependant, celle-ci est encore bien trop souvent associée et limitée à un simple échange d'informations. Elle est encore très éloignée d'une collaboration formalisée engageant les acteurs autour d'un schéma commun d'intervention. À ce jour, la presse professionnelle fait état de nombreuses expériences visant l'amélioration des relations entre les institutions du sanitaire et du social. Néanmoins, le caractère exceptionnel et exemplaire attribué à ces tentatives met en évidence les blocages qui perdurent, le cloisonnement encore très marqué des institutions étant le plus souvent désigné comme l'obstacle persistant [...]. Depuis octobre 2001, la notion de partenariat s'est renforcée. Soucieux d'adapter au mieux les réponses apportées aux résidents, nous avons mis en place une réunion "interpartenariale relative à l'optimisation de la prise en charge des résidents de la SRAS". Celle-ci a pour but de permettre aux différents partenaires d'apporter leur éclairage spécifique sur une situation abordée, qu'ils y soient impliqués ou non. Elle permet aussi d'avoir une compréhension plus fine, multidimensionnelle des situations rencontrées. Enfin, cette réunion permet d'aborder des questions de fond d'ordre plus général telles que le sentiment d'échec des travailleurs sociaux et des soignants face à des situations extrêmes où la personne semble complètement enfermée dans une spirale d'autodestruction » (rapport d'activité, 2001).

Cet extrait d'un rapport d'activité souligne efficacement la volonté du monde de l'assistance d'instaurer un meilleur travail partenarial avec le milieu sanitaire par la mise en place d'actions concrètes. Au-delà des échanges d'informations, c'est le développement de regards complémentaires tournés vers des objectifs communs qui est souhaité, tout en prenant

acte des difficultés structurelles de cette ambition. Cette structuration dans les relations avec les acteurs du monde de la santé ne contredit pas le constat du désengagement médical de la sous-partie précédente. D’abord, les médecins ne participent en pratique que rarement à ces réunions. Ensuite, ces échanges et actions ne s’instaurent pas avec tous les services médicaux, mais s’établissent avant tout avec les services d’addictologie et de psychiatrie, étant eux-mêmes des spécialités construites comme peu prestigieuses au sein de l’univers hospitalier. Enfin, la charge de la mise en place de ce travail en partenariat revient avant tout aux acteurs du monde de l’assistance.

Le déploiement de ce travail en partenariat, à l’initiative du monde de l’assistance, participe à développer la prise en charge de la santé au sein même des centres d’hébergement. Des psychologues ou encore des kinésithérapeutes franchissent alors les portes de ces établissements durant les années 2000, et commencent à réaliser des consultations et suivis sur place. Leur nombre et leur diversité se renforcent progressivement. Des pédicures, sophrologues, socio-esthéticiennes, aides-soignantes ou encore ergothérapeutes y interviennent à partir des années 2010. Durant l’enquête, des professionnels cherchaient à convaincre des sages-femmes et dentistes de venir consulter au sein des établissements. Suite au départ des médecins, les centres d’hébergement se *sanitarisent*, signifiant ainsi que des professionnels paramédicaux et du soin interviennent désormais dans ce bastion du travail social.

Localement, cette sanitarisaiton a des conséquences. La venue de professionnels du soin engendre le fait que des problématiques sanitaires « apparaissent » parmi la population accueillie. Comme le résume ce chef de service : « *on s’est aperçu que les gens étaient malades quand on a mis un nom sur leur mal* ». Quand bien même des maladies étaient vraisemblablement déjà existantes au sein de cette population, la présence d’infirmières, kinésithérapeutes ou encore de psychologues au sein des établissements favorise la visibilité et la reconnaissance de nombreuses pathologies. Cela montre ainsi combien toute maladie procède d’un étiquetage social², sans lequel les atteintes à l’état de santé restent socialement inexistantes (Becker, 1985 [1963] ; Barrett, 1999).

L’étude des rapports d’activité permet de remarquer l’importance considérable que prennent les questions de santé durant les années 2000 et 2010, occupant de nombreuses pages des rapports des différents établissements. Le nombre de rendez-vous médicaux des hébergés

¹ Extrait d’entretien avec Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile.

² Cette question sera abordée davantage dans le chapitre 8.

suit cette tendance exponentielle. À la SRAS, le nombre de consultations médicales des hébergés passe de 58 en un mois en 2005, à 82 sur la même durée en 2017. Parallèlement, le nombre de traitements distribués par les infirmières augmente considérablement dans l'ensemble des structures, que ce soit par le nombre d'hébergés ayant un traitement, ou par le nombre de médicaments par personne :

« Moi quand je suis arrivée il y en avait beaucoup moins [des traitements]. Non non ça a vraiment... ça a été de plus en plus important, et les traitements de plus en plus lourds, parce que ce n'est pas un petit médicament, il y en a un qui en prend treize le matin, sept le midi, et quinze le soir, voilà, donc lui à préparer son pilulier il y en a bien pour vingt minutes ».

Hélène, infirmière, 65 ans, CHRS de la SRAS

À la SRAS, en 2003, le rapport d'activité pointe qu'en moyenne 23 personnes prennent un traitement. En 2007, ce sont 34 piluliers qui sont préparés quotidiennement, puis 45 en 2018, sur 50 personnes accueillies. Si ce processus est particulièrement marquant au sein de la SRAS qui accueille un public vulnérable sur le plan sanitaire, il faut noter que cette direction reflète une tendance générale de l'ensemble des centres d'hébergement de l'association : la prise en charge de la santé est de plus en plus importante depuis les années 2000. Ainsi, en 2004 au foyer du père Virgile, les infirmières préparent une dizaine de piluliers. En 2019, elles en préparent trente.

En outre, au foyer du père Virgile, les traitements des hébergés sont stockés et distribués dans des boîtes à chaussures jusqu'aux années 2010. Progressivement, ce fonctionnement devient impossible, celui-ci étant jugé trop risqué pour les professionnels du soin qui y interviennent désormais. Aussi, un chariot médical pour transporter les piluliers individuels est acheté par le FPV, sur les conseils des infirmières, qui choisissent un mode de distribution similaire à celui qu'elles connaissaient à l'hôpital¹. La sanitarisation du monde de l'assistance passe ainsi par des aspects multiples, aussi matériels et concrets que celui de l'achat d'un chariot médical. Parce que la distribution des traitements devient un enjeu important dans l'accompagnement des hébergés, un budget conséquent se voit alors consacré à cet achat quand cette dépense n'a auparavant jamais été envisagée. Cette sanitarisation passe également par d'autres aspects financiers, comme l'agrandissement de l'infirmerie de la SRAS qui devient

¹ Les trajectoires professionnelles des infirmières seront étudiées dans le chapitre 6.

deux fois plus grande, ou encore par l'augmentation des équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers, qui progresse dans chaque établissement.

La CHN se structure alors comme un espace favorisant la prise en charge du soin. La sanitarisaiton de la prise en charge des sans-abri ne s'illustre donc pas uniquement par des programmes spécifiquement dédiés aux soins, tels que les PASS ou les LHSS. Les centres d'hébergement eux-mêmes, qui ne sont *a priori* pas des lieux de soins, se trouvent également traversés par ce processus. Il est d'ailleurs tout à fait vraisemblable que cette sanitarisaiton, étudiée au niveau local, soit un processus qui traverse d'autres associations du monde de l'assistance. Même si le prisme d'analyse d'Axelle Brodiez-Dolino n'est pas celui de la santé, l'histoire qu'elle fait du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri permet d'apprendre que l'association développe durant les années 2000 une grande considération aux sans-abri déstructurés et fragiles sur le plan sanitaire (Brodiez-Dolino, 2020). En 2008, l'association ouvre même une structure destinée aux sans-abri en souffrance psychique (Brodiez-Dolino, 2020). En outre, l'Abej Solidarité ouvre des LHSS et des Lits d'accueil médicalisés (LAM) dans les années 2000, l'association ayant également développée une considération ancienne aux questions de santé des sans-abri (Schlegel, 2022). Si l'histoire de la CHN est unique, elle est loin d'être étrangère à celle des autres associations de lutte contre le sans-abrisme. « Cette histoire est, comme celle de la plupart des associations, tout à la fois singulière et heuristique », indique Axelle Brodiez-Dolino (2020 p. 241). Il semble en cela que la sanitarisaiton soit un processus particulièrement prégnant au sein de la CHN, mais qui n'est en rien réservé à cette association.

5. *La sanitarisaiton... et ses vigilances*

Le renforcement des liens avec les professionnels de santé produit des effets importants sur le monde de l'assistance. Pour autant, cette prégnance de la santé est loin de s'être établie sans compromis ni réticences, bien que les rapports d'activité semblent avoir lissé ces négociations :

« Pendant très longtemps c'est resté un peu une annexe de nos préoccupations parce que la santé ce n'était pas la première préoccupation. Les travailleurs sociaux c'était la gestion d'un collectif avec les moyens dont ils disposaient, et puis point barre. C'était un plus l'accompagnement en santé. Donc pendant très longtemps il y avait une coexistence, et parfois des petites querelles. On sait qu'un rendez-vous médical c'est dur à avoir, donc elles [les infirmières] râlaient auprès des travailleurs sociaux : "*mais vous n'avez pas donné l'info, vous n'avez pas accompagné la personne !*", des travailleurs sociaux qui disent : "*non, mais moi j'étais tout seul, et puis il faut que je gère les*

admissions, donc je ne peux pas passer du temps à cocooner quelqu'un et accompagner une personne au CHU [centre hospitalier universitaire]". Et en disant de toute façon, tu reprends un rendez-vous ».

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

Cet extrait d'entretien permet de rappeler que si la prise en compte de la santé des sans-abri est bien une préoccupation ancienne au sein de la CHN, il n'en reste pas moins qu'elle se définit avant tout comme une association d'actions sociales, considérant longtemps la santé comme une « *une annexe* ». En pratique, l'augmentation de la prise en compte de la santé des hébergés implique des arbitrages pour les professionnels, sur l'organisation du travail notamment. Yann indique ainsi la difficulté à consacrer autant de temps individuel à un hébergé dans le cadre d'accompagnements sanitaires. L'idée avancée est que les travailleurs sociaux ne pouvaient alors dédier autant de temps individuel « *à cocooner* » un seul hébergé. En ce sens, si la prise en charge de la santé des sans-abri se déploie durant les années 2000, elle fait l'objet de vigilances, voire de certaines réticences par les travailleurs sociaux de terrain, notamment en raison du risque de perdre l'essence du travail, qui se fonde historiquement sur une vision collective de l'accompagnement.

Cette prudence quant à la sanitarisation se conjugue plus largement à une résistance à la logique de l'individualisation du travail social. Au lendemain de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'individualisation des prises en charge est en effet perçue au sein de la CHN comme un changement plutôt déstabilisant, nécessitant notamment de passer d'une culture de l'oral à une culture de l'écrit. Certains travailleurs sociaux y voient une perte d'autonomie professionnelle, qui n'avait jusqu'alors que très peu été contrariée. En outre, l'individualisation du travail social se manifeste en particulier dans l'association par la fermeture de la postcure. Pour les travailleurs sociaux encore présents, les raisons de la fermeture du service durant les années 2000 sont obscures et ont laissé un goût amer. En effet, l'aspect innovant de ce programme a constitué une figure identificatoire de la CHN pendant des années. La postcure représentait le credo de l'association, basé sur une vision collective de l'accompagnement. Dans les rapports d'activité, c'est l'aspect non médicalisé de l'établissement qui explique sa fermeture. En 2005, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) fait savoir à la CHN que l'appellation de « postcure » n'est plus appropriée, ce terme étant réglementé par des aspects sanitaires précis, auquel le fonctionnement de la CHN ne correspond pas. Le fonctionnement de ce service, mais également son appellation, n'est dès lors plus tenable. À cette postcure se substitue un service d'accompagnement individualisé dans le suivi de personnes alcoolodépendantes, qui essuie au

départ de nombreuses critiques. La fermeture du service symbolise en cela le déclin des modalités d'accompagnement collectives au sein de l'association. Si la CHN est donc sensible de longue date quant à l'intérêt de tenir compte des vulnérabilités sanitaires des sans-abri, les acteurs de terrain se voient en partie dépossédés de la palette d'outils qu'ils avaient jusqu'alors développés.

En outre, l'arrivée de nouveaux professionnels soignants, corrélée au ressenti d'une augmentation considérable des problématiques de santé, vient questionner ces acteurs du monde de l'assistance sur leur rôle : « *il s'avère aujourd'hui nécessaire de mettre en place la supervision auprès de l'équipe afin d'interroger nos pratiques en tant qu'animateur social, mais aussi d'interroger notre place, notre rôle et notre fonction au sein de l'institution* » (rapport d'activité, 2005). L'ensemble des travailleurs sociaux des établissements demandent alors que des temps d'analyse des pratiques professionnelles soient mis en place, avec l'objectif d'entamer une réflexion profonde sur leur place¹. Le développement du travail coopératif, sans cadrage précis, entraîne un sentiment de perte de repères quant au rôle que chacun est supposé occuper (Dhume, 1999). Si l'évidence de la complémentarité entre les travailleurs sociaux et les professionnels paramédicaux saute aux yeux des pouvoirs publics, elle s'avère en pratique bien loin d'être naturelle. Le décroisement du sanitaire et du social occasionne, au moins pour les travailleurs sociaux, une fragilisation de leur légitimité au sein du monde de l'assistance.

Aussi, les travailleurs sociaux de la CHN développent une posture vigilante quant aux excès que pourrait engendrer ce décroisement. Par exemple, les orientations jugées trop nombreuses d'hébergés venant de l'hôpital psychiatrique deviennent un véritable problème à partir des années 2010. Les professionnels de la SRAS explicitent à plusieurs reprises ne pas vouloir devenir « *une annexe de l'hôpital psychiatrique* » :

« À un moment donné on avait un public assez vieux et on en a eu marre de suivre des cas psychiatriques lourds. On disait : « *on n'est pas l'annexe* » parce que c'est usant aussi ce côté psychiatrique. L'alcool on peut gérer si tu veux [...]. On a dit on arrête, c'est bon on en a 10, 15 on peut plus ! Recevons des SDF normaux [rire] ! Non on sait très bien qu'ils ont tous des pathologies, mais des pathologies lourdes... c'était voilà, on était usé, l'équipe était usée. On disait halte là on peut plus. On était la dernière roue du carrosse, tu vois, c'est toujours quand personne n'en veut qu'on les envoie à la SRAS ».

¹ Ces temps de supervision commenceront à se mettre en place dans les années qui suivent, dans tous les centres d'hébergement.

La résistance à l'emprise médicale passe ici par le refus d'accueillir de trop nombreuses personnes issues de l'hôpital psychiatrique. En affirmant souhaiter accueillir des « *SDF normaux* », Habib montre la tendance de l'association à défendre son pré carré, en passant par la défense d'un public qu'il définit comme étant propre au monde de l'assistance¹. Le CHRS de la SRAS va alors limiter les accueils venant de l'hôpital psychiatrique, une règle toujours en vigueur actuellement. Dans ce même mouvement, la distribution des traitements qui ne posait pas de question quelques années auparavant devient au tournant des années 2010 un véritable sujet de débats. Puisque des soignants sont désormais présents, la distribution des médicaments en vient à être considérée comme relevant du rôle des professionnels du soin. Ces évolutions s'insèrent dans un mouvement décrit par Michel Autès comme étant celui d'une « taylorisation des fonctions sociales » (Autès, 1999, p. 270), scindant les différentes dimensions du travail social. L'idée de la boîte à outils ou encore du couteau suisse, selon laquelle les travailleurs sociaux devaient être capables de tout faire, cesse en partie d'être valorisée au profit d'une plus grande division du travail. De plus en plus, les travailleurs sociaux opèrent alors des distinctions entre ce qui relève du social, du psychologique ou encore du sanitaire.

En conclusion de cette partie, il faut donc souligner que les professionnels de la CHN contribuent en partie à la médicalisation du problème public du sans-abrisme. Rapidement toutefois, ces derniers se voient fragilisés par ce processus. En effet, la médicalisation du problème public du sans-abrisme se traduit par une politique de décroisement des secteurs sociaux et médicaux, dont la mise en œuvre semble fortement peser sur les acteurs du social. Dans ce cadre, les professionnels de la CHN ouvrent les portes de leurs établissements et sollicitent l'intervention de professionnels paramédicaux. Ils mettent également en œuvre des dispositifs à la croisée du social et du sanitaire comme les LHSS. Ce travail de décroisement qu'ils entreprennent en vient à les questionner profondément sur leur rôle, à la fois en tant que travailleurs sociaux, et pour les personnes qu'ils hébergent, en s'interrogeant sur la création d'espace de soin de seconde zone. Pourquoi ces acteurs associatifs ne résistent-ils alors pas davantage à cette évolution qui les fragilise ? D'abord, la sensibilité historique de la CHN à la santé des sans-abri la prédispose à ce travail de décroisement. De surcroît, comme je vais le montrer dans la prochaine partie, l'association est de plus en plus dépendante des orientations des pouvoirs publics.

¹ Pour plus de précisions, voir le chapitre 10.

II. La désuétude des centres d'hébergement collectif

Depuis les années 1990, le fonctionnement des centres d'hébergement collectif et l'urgence sociale font face à des critiques multiples, provenant de différentes sphères : médiatiques, politiques, académiques, mais aussi du monde associatif lui-même (Aranda, 2019 ; Brodiez-Dolino, 2020). La critique de la ponctualité des accueils au sein de l'urgence sociale aboutit en 2006 à la création d'une association, les Enfants de Don Quichotte. La nuit du 15 décembre 2006, l'association organise un campement sur les quais du canal Saint-Martin à Paris, avec l'objectif de dénoncer les conditions de vie et de prise en charge des sans-abri (Bruneteaux, 2013). Le mouvement s'étendra à d'autres villes françaises et la majorité des associations du monde de l'assistance soutiendront le mouvement (Brodiez-Dolino, 2020), à l'instar de la CHN. Visible et durable, le mouvement aura une incidence politique forte, car l'État va reprendre les doléances associatives formulées en réformant dès 2007 le système Accompagnement hébergement insertion (AHI). Une politique d'humanisation se met alors en place, dans le but d'améliorer les conditions d'hébergement.

1. *L'humanisation et la stabilisation : changement de cap dans l'urgence sociale*

La restructuration du système AHI passe en premier lieu par un investissement politique dans la rénovation des centres d'hébergement. Le Plan d'action renforcé en direction des personnes sans-abri (PARSA) encourage dès 2008 la refonte de ces structures collectives, souvent vétustes, avec l'objectif de les moderniser. Le législateur entend en effet « humaniser » ces lieux, en développant à la fois l'accompagnement social et en y améliorant les conditions de vie (Aranda, 2019). Cette politique d'humanisation traduit au sein du monde de l'assistance la mise au centre de l'utilisateur. Le sans-abri, en tant qu'individu singulier, est alors consacré et l'atteinte à sa dignité devient intolérable.

À la CHN, le foyer du père Virgile reçoit des financements pour l'humanisation de l'établissement en 2012, à hauteur d'un peu moins d'un million d'euros. Le chantier principal devait consister en la transformation des chambres collectives de six à huit lits en chambres individuelles¹. La création de ces espaces individuels est considérée comme primordiale dans le cadre du respect des usagers, cela constituant même un enjeu de santé mentale :

¹ Au-delà des chambres, ce sont également les blocs sanitaires qui sont refaits à neuf, la salle à manger, la salle télévision et la bibliothèque.

« Jérémie : Mais ce qui a été prévu de base, dans l'humanisation des locaux, c'est de ne pas laisser plus de deux personnes par chambre, mais si on faisait ça on perdait énormément de places.

Aline : La loi était sévère, hein...

Jérémie : Et en perdant énormément de places, on perdait énormément de budgets, donc on avait des suppressions de postes et voilà, et donc ils ont trouvé un biais, en demandant une dérogation, et c'est comme ça qu'on a réglé ce problème. Donc en mettant des cloisons, style vestiaires de piscines, ouvertes en haut, ouvertes en bas. Il y avait l'intimité visuelle, pas l'intimité olfactive et du son, mais c'était un compromis pour dire qu'on perd moins de places que ce qui aurait dû être... et donc l'enjeu c'était la santé mentale quand même.

Chloé : Ah oui ?

Jérémie : Oui c'est parce que ne pas avoir d'intimité, ça faisait développer des troubles psy.

Chloé : C'était présenté comme ça ?

Jérémie : Oui, c'était vendu comme ça ».

Jérémie, travailleur social non diplômé, 36 ans et Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

Cet extrait d'entretien montre différents enjeux sous-jacents à l'application de cette politique d'humanisation. La santé mentale semble constituer un argument destiné à convaincre les associations à entreprendre ces rénovations. En effet, si l'intérêt de créer des espaces individuels pour les usagers fait consensus, les conséquences induites par cette politique font l'objet de résistances au sein du foyer du père Virgile. La création de ces chambres individuelles pour les hébergés se heurte au credo historique de proposer un accueil de masse pour les sans-abri. De surcroît, cette politique d'humanisation confronte l'association à une déstabilisation financière. En perdant des places d'accueil, le FPV perd des financements puisque l'établissement est financé par rapport à un prix de journée auquel correspond une place d'hébergement. Le compromis trouvé est alors celui de la création de chambrettes individuelles. Par ces travaux, le FPV perd une capacité d'accueil de plus de 30 places, passant de 131 à 95 lits.

L'application de la politique d'humanisation fragilise alors l'association tant sur le plan financier que sur son credo historique, par la réduction, à nouveau, du nombre d'hébergés pouvant être accueillis. La restructuration au milieu des années 1990 avait déjà déstabilisé cette politique associative historique d'un accueil de masse. Néanmoins, la création de la SRAS, et dans une moindre mesure l'instauration de la CMR, avaient permis une adaptation de

l'association à ces évolutions. Durant les années 2010, les capacités de résistance et d'adaptation de l'association face à ces évolutions sont réduites. Cette fois, cette perte de places ne débouche pas sur l'ouverture d'une nouvelle modalité d'hébergement.

Dix ans plus tard, nombre de travailleurs sociaux concèdent toutefois que cette évolution a permis une véritable amélioration des conditions d'hébergement dans l'établissement. Un éducateur indique qu'avant l'humanisation, il n'y « *aurait même pas fait dormir son chien* » tant elles étaient déplorables. L'hygiène de l'établissement s'améliore de façon conséquente. Cette dynamique de salubrité, qui peut apparaître comme une orientation évidente et souhaitable, ne l'était toutefois pas tant que cela. Pour certains travailleurs sociaux, la saleté faisait d'une certaine manière partie de l'établissement. En cela, créer un établissement trop propre aurait pu freiner certaines personnes à y être accueillies :

« Jérémie : Moi j'ai des souvenirs quand même que certains disaient "c'est ce qu'on aime à Virgile !". Quand tu viens bosser à Virgile, c'est aussi parce que t'aimes ça et tout [la saleté], il y avait aussi un côté comme ça.

Aline : C'était normal.

Jérémy : On s'occupe des gars de la rue donc il faut que ce soit crade pour faire du vrai boulot. Et puis si c'est trop propre, après on n'accueille plus ce public-là. Ça Declerck le dit à un moment, quand ils refont le CHAPSA de Nanterre, que c'est tellement propre qu'il y a des gars qui veulent plus venir, parce qu'ils n'y trouvent plus leurs repères, enfin je te la fais rapide, mais...

Aline : Ouais et ce que je voulais dire, quand je te dis la priorité c'est que les gens dorment, voilà. Après le reste, qu'on les aide à faire des papiers, ça, c'était un autre monde, que les lieux soient agréables, c'était un autre sujet. Mais en même temps c'est parce que tu as toute une histoire, parce qu'au départ c'était des dortoirs, comme on dit tout ça c'est très récent.

Chloé : Oui c'est une histoire hyper courte en fait.

Aline : Oui c'est une histoire hyper courte, mais en même temps on venait tellement, tellement de loin, franchement quand je suis arrivée, j'exagère peut-être, mais c'était un peu Zola quand même ».

Jérémy, travailleur social non diplômé, 36 ans et Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

« *Il faut que ça soit crade pour faire du vrai boulot* » explique Jérémie, soulignant par-là une logique qui a longtemps structuré la façon d'appréhender la prise en charge des sans-abri. Outre le fait que les sans-abri ne voudraient plus venir, c'est aussi la crainte qu'ils ne veuillent plus partir qui a façonné ce type de discours, l'idée étant qu'en proposant des accueils qualitatifs, les sans-abri resteraient durablement dans ces établissements. Si ce discours a

progressivement cessé à partir des années 2000, il a longtemps structuré les réflexions associatives et politiques, marqué par la crainte d'entretenir l'assistanat (Brodiez-Dolino, 2020). Les accueillis étaient alors largement incités à sortir de l'établissement, pour tous les besoins qu'ils pouvaient avoir :

« Il n'y avait pas de machine parce que les équipes de l'époque, on préférerait que les personnes sortent de l'établissement, pas pour se débarrasser d'elles, mais parce que le constat sur le moment c'était que les gens devaient sortir, bouger, devaient être en connexion avec la société à l'extérieur. Et du coup si on rassemblait toutes les prestations ici, voilà elles n'avaient pas de vocation à sortir de là quoi ».

Pape, travailleur social non diplômé, 35 ans, Virgile

Cette vision est progressivement infléchie, de concert avec le déploiement de la politique d'humanisation. Un aspect concret de cette évolution est alors marqué par l'achat des premières machines à laver pour les hébergés au foyer du père Virgile durant les années 2010. Si l'achat de machines à laver peut paraître anecdotique, il montre concrètement le développement d'une considération sur l'importance de l'habiter qui était loin d'être évidente au sein du monde de l'assistance (Grand, 2013). Les modalités d'hébergement s'améliorent donc, à la condition toutefois qu'un véritable travail social s'instaure pour lutter contre l'installation durable des sans-abri dans les centres d'hébergement. « *Aider à faire les papiers* », qui relevait, comme l'explique Aline, d'un « *autre monde* », devient une pratique courante au sein du foyer du père Virgile, témoignant du développement considérable de l'accompagnement social individualisé dans cet établissement.

Parallèlement à la refonte des établissements d'urgence sociale, c'est aussi la politique globale de l'hébergement social qui commence à être repensée. Le plan PARSA encourage en effet la transformation des places d'urgences en places dites de « stabilisation » (Gardella, 2014a ; Aranda, 2019). Destinées à accueillir des publics relativement éloignés de l'emploi et du logement, ces places de stabilisation sont pensées comme une réponse pour désengorger les centres d'hébergements d'urgence (CHU) saturés. Elles permettent un accueil plus long et qualitatif que celui des CHU, actant par-là politiquement la nécessité d'un accueil durable pour optimiser la réinsertion des sans-abri. Édouard Gardella analyse cette période comme celle d'une « chronopolitique stabilisatrice » (Gardella, 2014a, p. 533). Un revers de cette politique est toutefois que « l'embouteillage se trouve dès lors reporté à l'entrée du dispositif », comme l'indique Axelle Brodiez-Dolino (2020, p. 206). Cette orientation politique consiste en effet à permettre de meilleures conditions d'hébergement à une frange restreinte de sans-abri,

délaissant l'idée qui prévalait jusqu'alors de procurer une aide à tous, mais ponctuelle et peu qualitative (Gardella, 2014a).

Malgré le déploiement de cette politique stabilisatrice, les accueils temporaires sont loin de disparaître. En effet, les acteurs de terrain sont confrontés à gérer la pénurie des places d'hébergement, et le compromis trouvé, à l'image du modèle de l'urgence médicale, consiste à faire circuler l'attribution de ce bien rare (Gardella, 2014b). Aussi, malgré la logique de continuité dans l'hébergement social, le *turn-over* parmi les demandeurs persiste, même encore aujourd'hui. À la CHN, la mise en place de cette politique de stabilisation est en outre perçue comme étant avant tout un artefact. Pour l'association, la SRAS constitue un CHRS de stabilisation depuis plus de dix ans, même si le terme n'était jusqu'alors pas énoncé comme tel. Au-delà de l'effet d'annonce, la reconnaissance de l'existence des CHRS de stabilisation permet néanmoins le financement complet de la SRAS par la DDASS en 2007.

En pratique, cette politique stabilisatrice génère le développement de différentes temporalités d'accueil au sein d'un même établissement, comme au foyer du père Virgile, où des modes d'hébergement ponctuels côtoient des modes d'hébergement au long cours. Mauricio Aranda indique qu'il s'agit d'un « émiettement » de l'hébergement : « au sein d'une même structure, la personne peut être hébergée une nuit, toute la saison hivernale ou sur plusieurs années » (Aranda, 2019, p. 344). L'orientation politique vers le déploiement de places stables contribue alors à superposer différentes temporalités d'accueils dans un même lieu.

Une modalité opérationnelle de cette « chronopolitique stabilisatrice » (Gardella, 2014a, p. 533) passe en outre par l'instauration en 2010 des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), créés par le ministère de l'Égalité des Territoires et du Logement, et renforcés par la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) en 2014. Les SIAO ont pour fonction de réguler les places au sein des centres d'hébergement (Schlegel, 2017, 2019 ; Aranda, 2019). Leur objectif est de fluidifier les parcours des personnes sans logement en centralisant les places et les demandes, puis en arbitrant les admissions d'urgence et d'insertion dans les structures d'hébergement (Schlegel, 2017). Les SIAO ambitionnent également de rationaliser les moyens pourvus aux centres d'hébergement et de simplifier les démarches pour les demandeurs (Aranda, 2019). Jusqu'alors, les établissements étaient donc décisionnaires de leurs admissions. C'est désormais une commission qui arbitre les orientations des sans-abri.

Conçus comme un « service public de l'hébergement et de l'accès au logement »¹, les SIAO souhaitent « rompre avec le fonctionnement local de la distribution des places, où chaque structure d'hébergement gère de manière autonome ses entrées et ses sorties » (Aranda, 2019, p. 389). Si l'instauration du SIAO est pensée par le législateur comme permettant d'objectiver les critères d'admission en centres d'hébergement, la mise en place de ce service est avant tout vécue par les acteurs associatifs comme un développement d'une logique gestionnaire au sein du travail social :

« Bernard : Et puis surtout ce qui est terrible, ce qui a vraiment changé, c'est le SIAO.

Chloé : C'est en ça que vous êtes devenus un peu plus gestionnaires ?

Bernard : Ah oui !

Martine : C'est une belle merde.

Bernard : Aucune facilité pour les personnes.

Martine : Ça tu peux le dire ! Ah franchement.

Bernard : En plus ça fonctionne exactement comme la sécu, la CAF [caisse d'allocations familiales], pôle emploi...

Martine : Par commission.

Bernard : C'est une centrale téléphonique, on ne peut pas aller les voir directement, donc tout est fait pour que les gens n'aient pas accès à leurs droits. On met de plus en plus de bâtons dans les roues des gens. C'est vrai que pour quelqu'un qui est dehors depuis quelques jours, quelques mois, quelques années, c'est vrai que c'est super facile de s'inscrire à un truc sur internet ! Alors on dit oui les accès sont facilités dans les CCAS [centre communal d'action sociale], mais les gens ils font même pas la démarche ! Même pour le 115, quand on téléphone 150 fois déjà avant... [...]. On fait de la gestion, c'est des gestionnaires, c'est plus des éducateurs, selon moi ».

Martine, monitrice-éducatrice, 59 ans et Bernard, moniteur-éducateur, 56 ans, Le Relais

Sur le plan des vécus des professionnels, le déploiement des SIAO opère comme une fragilisation, les dépossédant d'un pouvoir d'agir qu'ils détenaient historiquement. De surcroît, cet extrait souligne que ce service est considéré comme desservant les demandeurs, notamment

¹ Les SIAO sont un service public mais leur mise en œuvre est souvent déléguée à des acteurs associatifs chargés de respecter ce cahier des charges (Schlegel, 2019), comme c'est le cas localement par le biais d'un Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Le sans-abrisme est emblématique des mouvements de délégation de l'État de ses services publics à des acteurs associatifs (Brodiez-Dolino, 2020 ; Aranda, 2022).

en raison de la lourdeur de ses procédures, contrairement à son ambition de simplifier l'accès à l'hébergement.

Une certaine souplesse dans les admissions perdure néanmoins en pratique, et notamment au foyer du père Virgile, où les professionnels continuent de pouvoir effectuer à la marge des « accueils à la porte », en dehors du SIAO¹. Aussi appelés « accueils facilités », il s'agit d'héberger les personnes qui ne semblent pas en mesure de réaliser ces démarches téléphoniques et administratives pour obtenir une place. À nouveau, la règle morale de l'accueil des plus vulnérables se fait jour. En ce sens, même si les marges de manœuvre de l'association se réduisent, l'ethnographie montre qu'elle conserve tout de même une certaine souplesse dans l'application des politiques publiques.

2. *L'impossible Housing-First*

Parallèlement à la mise en place du SIAO, l'enjeu de la fluidification du monde de l'assistance est envisagé par les pouvoirs publics par le fait de faciliter l'accès au logement des sans-abri (Aranda, 2019). Les pouvoirs publics incitent au déploiement des CHRS diffus, consistant à héberger des sans-abri dans des appartements loués par l'association. Le bail glissant est également valorisé, consistant à ce que la personne, après avoir été hébergée dans un appartement loué par l'association, reprenne elle-même le bail et sorte ainsi du dispositif AHI. C'est aussi à cette période que les maisons-relais (appelées pensions de famille depuis 2010) se développent, la Cour des comptes préconisant ce dispositif peu coûteux (Cour des comptes, 2008). Ces modalités de logement se mettent en place à la CHN. Une première maison-relais ouvre en 2005, puis deux autres ouvriront au début des années 2010. Les maisons-relais sont des établissements composés, au sein d'un même bâtiment, d'appartements individuels desquels les personnes sont locataires, et donc non limités dans leur durée de séjour. En développant les maisons-relais, les pouvoirs publics commencent à remettre en question le modèle d'hébergement en escalier. Ce dispositif se fonde sur l'idée que permettre l'accès au logement aux personnes ayant eu un parcours de rue peut leur permettre de se remobiliser. Dans ce contexte, le fonctionnement des établissements en internat en vient à être considéré comme obsolète et éloigné des besoins réels des sans-abri. Progressivement, les CHRS collectifs symbolisent un travail social vieillissant.

¹ Plus de précisions sont apportées au chapitre 10.

Localement, le fonctionnement des pensions de famille est toutefois sévèrement critiqué :

« On a créé si tu veux les maisons-relais. On a vu dans l'état, tu connais, t'as vu un peu dans quel état elles sont aujourd'hui ? Aujourd'hui c'est un truc qui a foiré complètement, les gens sont abandonnés, on les reçoit maintenant de plus en plus, ils reviennent là [à la SRAS]. Il y en a, il y a même des meurtres, enfin tu es au courant de tout ça. Mais là on a discuté, j'étais en réunion il y a à peine 15 jours j'ai rencontré une responsable de la DDSCS, qui m'a dit, mais c'est quoi ce foutoir dans les maisons-relais, mais elles sont crades, c'est crade, il n'y a pas sécurité il n'y a rien ! C'est bien, monsieur Apparu, il a créé - c'est le ministre qui a créé les maisons-relais - c'est bien, mais c'est pour que ça coûte moins cher, c'est tout. Ils sont cachés quoi, et puis ils meurent à petit feu dans leurs... On en a déjà reçu deux et je crois qu'on va en recevoir un troisième bientôt là, tu vois ça commence ».

Habib, travailleur social non diplômé, 50 ans, CHRS de la SRAS

Ces établissements sont considérés, de manière assez unanime au sein de l'association, comme des « cache-misère ». Pour les travailleurs sociaux, ils constituent des lieux de relégation des sans-abri, qui, une fois en logement, deviennent finalement invisibles aux yeux de la société. Sur cette idée, le Logement d'abord va aussi rapidement catalyser les critiques des acteurs associatifs de la CHN. Comme je l'ai indiqué en introduction, le modèle du Logement d'abord entend orienter les sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques vers un logement, sans passage nécessaire par les étapes du traditionnel modèle en escalier (Chaput-Lebars, Morange, 2014). Ce programme a été pensé par des médecins, et implique la présence de soignants dans l'accompagnement. L'accès au logement, pensé comme un moyen d'enclencher une dynamique de mieux-être, y est alors permis sans condition, et n'impose pas l'arrêt des consommations, ou la mise en place d'un suivi médical (Pliez, 2012). Cette politique fait toutefois l'objet de réticences partagées par les professionnels rencontrés :

« La politique de l'État aujourd'hui c'est le Logement d'abord, et c'est-à-dire que les pensionnaires de nos structures, il ne faut pas qu'ils soient chez nous, il faut qu'ils soient dans la ville, dans la cité. Alors c'est facile de dire ça, moi je me rappelle d'un préfet qui était venu et qui nous avait sorti ça, ça avait fait hurler les travailleurs sociaux, mais pas que eux, nous aussi ! Bien sûr qu'il faut peut-être tendre à remettre les gens dans la vie normale, dans la société, mais il y en a qui ne sont pas capables de ça, on ne peut pas faire la même chose pour tout le monde. Les hébergés ils ont tous leur personnalité, leurs forces et leurs faiblesses, qui ne sont pas les mêmes, et on ne peut pas avoir une politique unique ».

Joël Martin, membre du conseil d'administration et ancien président de la CHN, 78 ans

La politique du Logement d'abord essuie de nombreuses critiques au sein de l'association, faisant « hurler » les travailleurs sociaux, ainsi que les membres du conseil d'administration de la CHN. Pour ces acteurs associatifs, tous les sans-abri ne sont pas capables, ou désireux, d'accéder au logement :

« Tout le monde n'accède pas comme ça aussi facilement à un logement, des personnes aussi désocialisées... Déjà à l'époque, dans les années 1970, on avait des gens qui étaient issus de la postcure qui allaient en logement quand ils étaient stabilisés, et ben parfois ils revenaient rapidement, tout bêtement parce qu'ils se sentaient seuls ! ».

Gaspard Lemoine, salarié de la CHN de 1969 à 1978, puis membre du CA depuis 1982, 72 ans

L'idée que l'accès au logement ne doit pas être prématuré s'inscrit ainsi dans une réflexion associative ancienne. Cette politique vient contrarier le credo socio-sanitaire déployé au sein de l'association. Parce que la demande d'hébergement cache généralement une problématique plus profonde – que l'accompagnement en centre d'hébergement collectif permet précisément d'identifier –, le Logement d'abord est appréhendé comme une manière de rester aveugles aux problématiques profondes et singulières des sans-abri. Un risque notable perçu de ce programme est notamment celui de l'isolement, qui pourrait conduire à accentuer les vulnérabilités des personnes.

Il reste que l'accès au logement pour des hébergés présumés autonomes, notamment les jeunes, paraît intéressant pour les professionnels de l'association. Toutefois, pour le public pensé comme destinataire du *Housing-First*, les travailleurs sociaux sont sceptiques, voire largement critiques. L'accès au logement individuel est donc considéré comme potentiellement intéressant pour certaines personnes, mais pas pour toutes, et une évaluation de la part des travailleurs sociaux est estimée nécessaire pour l'identifier. Cette part d'évaluation préalable constitue cependant une négation du programme du Chez-soi d'abord, dont l'accès est précisément pensé comme devant être non conditionné.

Pour l'association, le *Housing-First* constitue au final le point d'orgue d'une mise en concurrence dans le cadre de la prise en charge des sans-abri. La mise en place de ce programme renforce vivement le sentiment pour les professionnels associatifs que l'exclusion ne leur appartient plus complètement. Le credo socio-sanitaire de l'association, qui fondait tout son sens sur la lutte contre la clochardisation en permettant aux sans-abri de s'intégrer dans un collectif, et en leur réapprenant des normes temporelles notamment, se voit contrarié. La vision selon laquelle l'emploi et le logement constituent des normes trop éloignées pour une frange

des sans-abri est également discréditée. Le déploiement du Logement d'abord constitue une épreuve de professionnalité (Ravon, Vidal-Naquet, 2018) qui vient remettre en question le rôle même des travailleurs sociaux dans les parcours des sans-abri. Dans le programme du Logement d'abord, ce qui permet l'amélioration des situations ne résulte pas tant du travail d'accompagnement des professionnels sociaux, que de l'accès de la personne à un logement individuel. La critique de ce programme constitue alors une stratégie de résistance professionnelle des travailleurs sociaux, visant à prouver leur nécessité dans les accompagnements des sans-abri. La critique du Chez-soi d'abord peut enfin être analysée comme une manière de résister à la concurrence des soignants dans la prise en charge des sans-abri, programme dans lequel ils sont présents en nombre.

La raillerie, le sarcasme et l'ironie entourent ainsi chaque conversation de travailleurs sociaux autour du Logement d'abord. Il faut en outre préciser que la ville est une des dernières de France à appliquer le programme du Chez-soi d'abord, marquant bien la réticence des associations locales quant à son application. En 2021 toutefois, sa mise en œuvre est imposée par les tutelles locales. La CHN participe alors, avec d'autres acteurs de la santé notamment, à sa mise en place. En 2023, 43 places ont ouvert sur le territoire et un objectif de 100 places est fixé par les pouvoirs publics. Au final, l'application du Chez-soi d'abord n'est pas uniquement le point d'orgue de la concurrence aux centres d'hébergement collectif, il est aussi celui de leur mise sous dépendance.

3. Les LAM : la sanitarisisation comme condition de survie de l'association ?

L'enjeu de l'autonomie des associations est aujourd'hui un objet de tensions et de luttes (Cottin-Marx, 2019). Localement, cette question de la dépendance associative aux pouvoirs publics se retrouve fortement à travers l'instauration des Lits d'accueil médicalisés (LAM) en 2019¹. Vingt ans après les lits infirmiers, l'agence régionale de santé (ARS) souhaite développer des LAM au sein de la région. Cette modalité d'accompagnement et d'hébergement est pensée comme une manière de combler les limites des LHSS car les LAM proposent un accueil plus long, et destiné à des sans-abri présentant des pathologies lourdes et chroniques. Ainsi, des

¹ Cette question se manifeste également à travers la SRAS. L'injonction à la fluidité – soit à la sortie des dispositifs d'hébergement des accueillis – fragilise ce CHRS qui structurerait son action à travers des accueils au long cours : « son projet social considéré comme précurseur est aujourd'hui fortement interrogé par l'objectif de fluidité recherché par l'État » (rapport d'activité, 2023). Les objectifs et le fonctionnement de la SRAS sont donc en train d'être repensés pour mieux correspondre aux évolutions des politiques publiques, desquelles l'association est de plus en plus dépendante.

personnes atteintes de cancers, de pathologies psychiatriques chroniques ou encore de maladies infectieuses sont rendues éligibles aux LAM, tandis qu'elles ne pouvaient pas être prises en charge sur les LHSS.

L'ARS lance alors un appel à projets pour la création de 15 LAM sur la région. Envol obtient le financement du projet en 2018, face à un concurrent. Ce fonctionnement témoigne d'une évolution notable du monde associatif, ou la mise en concurrence entre associations pour l'obtention de projets est devenue courante (Cottin-Marx, 2019). Je l'ai dit en introduction, l'obtention du financement pour la création des LAM est impérative pour la survie financière de l'association. Certaines associations, comme le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (FNDSA), ne sont pas totalement dépendantes des subsides publics¹, et ont su innover pour trouver des sources de financements diversifiées, leur garantissant plus d'autonomie (Brodiez-Dolino, 2020). Ce n'est pas le cas de l'association étudiée, qui est financée par des subventions publiques à plus de 90%. Dans l'histoire d'Envol, l'obtention de financements publics a permis la professionnalisation de son activité, mais le prix de sa prise de distance avec les dons charitables se paye aujourd'hui de sa dépendance aux pouvoirs publics. L'autonomie et la créativité qui ont marqué l'âge d'or de l'association se voient désormais contrariées, l'association devant se résoudre à suivre les orientations des politiques sociales. À l'inverse des lits infirmiers qui procédaient d'une expérimentation locale, la création des LAM intervient donc avant tout comme une stratégie de survie de l'association.

Pour tenir, l'association a pris le parti de grandir. C'est comme cela que la Charité hospitalière de nuit est devenue l'association Envol en 2011, après avoir fusionné avec une autre association locale, l'association Saint-Jacques. Cette fusion a été pensée par le président de l'association de la CHN de l'époque, alors également président de l'association Saint-Jacques :

« Une association c'est fragile vous savez. Envol est importante, donc c'est une partie de sa force. D'ailleurs quand j'ai voulu fusionner la CHN et Saint-Jacques, je me suis toujours dit : plus on sera important, plus on sera incontournable vis-à-vis de nos financeurs. Alors qu'une petite association de 15 ou 20 personnes, si l'État dit tiens moi je mets un coup de rouge sur cette asso, elle disparaît. Là c'est plus compliqué de faire ça avec nous parce que s'ils faisaient ça, ils se retrouveraient avec de grosses difficultés avec tous les hébergés, si demain on ferme ».

¹ Le FNDSA est financé à 65% par des subventions publiques.

Joël Martin, membre du conseil d'administration et ancien président de la CHN, 78 ans

En grandissant suffisamment, Envol espère ainsi devenir indispensable. Cela fonctionne en partie, car elle se voit qualifiée d' « association à fort enjeu » par l'État. « Grandir ou mourir », telle est la formule heureuse avancée par Vianney Schlegel au sujet de l'Abej Solidarité pour rendre compte de cette tension qui traverse différentes associations du monde de l'assistance (Schlegel, 2022). Outre la santé, Envol s'éloigne donc de sa matrice autour de l'hébergement social et multiplie ses actions à travers différentes modalités de logement accompagné, mais aussi d'actions autour de la parentalité, de la justice ou encore de l'Insertion par l'activité économique. La diversification de ces activités, souvent liée à des financements par projets, constitue une condition de la survie de l'association (Cottin-Marx, 2019). Selon l'ancien président, si Envol ne s'était pas adaptée de la sorte, l'association serait dans une difficulté bien plus grande aujourd'hui. L'évolution de ces modalités de financement questionne néanmoins quant au rôle des associations en tant qu'actrices politiques et citoyennes indépendantes de l'État : « faisant face à un sous-financement chronique, à l'insécurité financière des contrats publics, les associations redéfinissent leurs missions vers celles qui sont les plus rentables, efficaces, ou avec le plus grand impact » (Cottin-Marx, 2019, p. 59). En cela, ce sont moins les actions jugées les plus adaptées aux problématiques repérées par les acteurs associatifs qui se développent que celles qui font l'objet de financements fléchés.

Dans ce contexte, un grand nombre de financements potentiels proviennent des tutelles sanitaires. Les travailleurs sociaux m'expliquent ainsi qu'« *aujourd'hui, l'ARS est un partenaire à séduire*¹ ». En effet, alors que les autres financeurs diminuent leurs budgets, l'ARS engage des sommes importantes pour réaliser des actions sur la santé, notamment les LAM :

« Je connais pas mal de monde à Médecins du Monde et ça grinçait un peu des dents, parce qu'au moment où tout le monde se serre la ceinture, là on lâche 1 million par an pour 15 places [pour les LAM]. Et voilà, chez les partenaires, tout le monde en a entendu parler, c'était le gros truc, la grosse machine. Mais en même temps, c'est un million par an et c'est 15 places, et c'est pour toute la région quoi, il y avait aussi ce côté-là. Donc les retours n'ont pas été... c'est compréhensible, quand tu sais qu'il y a un million comme ça tu les lâches pour 15 personnes ».

Sacha, chargé de projet sur les LAM, 26 ans

¹ Propos d'un chef de service d'Envol.

Dans un contexte marqué par des restrictions budgétaires des associations, le financement de ces quelques places pour une telle somme heurte le monde associatif. Ce budget colossal témoigne de la centralité accordée aux questions de santé par les politiques publiques en matière de pauvreté, au détriment d'autres enjeux. L'instauration de ce programme souligne la pertinence des analyses d'Axelle Brodiez-Dolino, qui explique que l'articulation des vulnérabilités sanitaires et sociales continue en partie de structurer l'aide sociale (Brodiez-Dolino, 2013a). Après avoir été la condition du développement de la protection sociale, élaborer des programmes articulant les vulnérabilités sociales et sanitaires semble aujourd'hui conditionner la survie de certaines associations de lutte contre le sans-abrisme.

Pour autant, l'obtention du financement des LAM ne constitue pas qu'une « aubaine » (Schlegel, 2022, p. 114). Ce dispositif fait en effet débat au sein d'Envol. Pour certains, cela change le cœur de métier de l'association. Les LAM impliquent la présence permanente d'infirmières, jour et nuit, et la création d'un plateau technique médical. Ces questionnements montrent le renouvellement de certaines réticences face à une médicalisation excessive du monde de l'assistance. De nombreux salariés réitèrent leurs craintes quant au développement d'une filière de soins destinée aux marginaux. Le risque d'emprise médicale est alors exprimé : lors d'un séminaire associatif, les professionnels d'Envol se sont dits unanimement réticents à trop diversifier le public des centres d'hébergement par crainte de « *se faire bouffer par le médico-social* ». Les LAM catalysent des discours craignant que l'association, à trop s'étendre pour résister, finisse par se voir dépassée, voire dominée, au sein de son propre monde.

Pour éviter cette emprise médicale, l'association revendique un parti pris social dans la mise en place des LAM et formule explicitement sa distance avec une trop grande « *médicalisation* » :

« Je pense que c'est lié à l'histoire d'Envol, d'Erwan aussi [directeur du pôle santé], plus du service, beaucoup centré sur une vision liée à un centre d'hébergement classique. Se rappeler avant tout que c'est quand même un lieu pas que médicalisé à fond. Par exemple, je me rappelle, on travaillait avec des administrateurs des fois. Ils étaient là : « *oui, l'oxygène, la médicalisation* », et nous on était là : « *non non !* ». À chaque fois il fallait rappeler, ok, ça s'appelle médicalisé, mais il faut rappeler qu'il y a un accompagnement et que ce n'est pas un hôpital quoi. Donc il y a eu ce côté à bosser, je pense que c'est pas mal ressorti dans le projet, tout ce côté lié à Envol qui est quand même hébergement social de base un peu comme les LHSS qui sont intégrés aux centres d'hébergement ».

Sacha, chargé de projet sur les LAM, 26 ans

Au sein d'Envol, l'intention est donc de ne pas donner une coloration trop médicale aux LAM. Ce positionnement marque une continuité dans l'histoire de l'association, tenant ensemble la création de programmes prenant en compte la santé des sans-abri, tout en résistant à toute forme d'emprise médicale. Ce processus ici renouvelé engendre des effets concrets. Envol a choisi de ne pas créer une équipe uniquement médicale : ce sont ainsi des infirmières, un assistant de service social (ASS), et des Accompagnants éducatifs et sociaux (AES) qui composent l'équipe des LAM. Par ailleurs, le recrutement de la cheffe de service des LAM, Laure, est mûrement réfléchi. Il a été décidé de ne pas recruter un ou une cadre de santé, comme c'est le cas dans certains LAM en France. À ce poste à responsabilités, il est expressément évité d'installer une personne issue directement du monde médical pour résister à une médicalisation trop prégnante de ce dispositif.

En outre, le cahier des charges des LAM impose le recrutement d'un médecin. Une femme est sollicitée par interconnaissance d'un salarié de l'association, puis recrutée. Sa thèse de médecine générale et le parcours qui s'est ensuivi peuvent expliquer le choix de cette femme d'accepter de travailler comme salariée dans une association¹. Elle a réalisé un Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie et de gériatrie, puis a obtenu un mémoire de psychothérapeute. Pendant plus de sept ans, elle a travaillé comme médecin coordinateur dans une association accompagnant des enfants en situation de déficience. Elle l'est également, encore aujourd'hui, dans une Maison d'accueil spécialisé (MAS), destinée à accompagner des personnes en situation de handicap. Sa socialisation professionnelle aux fonctionnements associatifs surprend donc peu quant à son intérêt d'accepter ce poste au sein d'Envol. En parallèle, elle a également créé son activité libérale en tant que médecin psychothérapeute, dans laquelle elle accompagne les personnes dans leurs projets de vie, vers un mieux-être énergétique et psychologique. Elle prône dans son activité l'utilisation du souffle, des sons ou encore l'analyse des rêves. Elle décrit son profil comme étant sensible à la naturopathie, à la phytothérapie, et plus largement aux médecines holistiques. Dans cette optique, elle propose également des accompagnements vers des sevrages médicamenteux. Le recrutement de cette médecin atypique marque le souhait de l'association de résister à une emprise médicale trop forte, en recrutant une médecin qui est finalement elle-même relativement distanciée vis-à-vis de la médecine occidentale classique. Ce recrutement fait écho à celui de Richard, l'infirmier de la posture. Si des professionnels soignants sont salariés, il s'agit bien de choisir ceux qui

¹ Il ne s'agit pas d'un temps plein mais de quelques heures par semaine.

sont capables d'adhérer au credo socio-sanitaire de l'association, prônant une vision holistique de la santé, et susceptibles de se montrer critiques vis-à-vis du monde médical¹.

Au-delà de la composition de l'équipe, cette volonté de ne pas trop « *médicaliser*² » ce dispositif s'acte dans des réflexions multiples, comme les tenues professionnelles notamment. Contrairement à d'autres LAM, il a été décidé que les professionnels de santé ne portent pas de blouse, sauf lors d'actes de soins spécifiques. En outre, les accueillis sont volontairement appelés des « résidents » et non des « patients ». Le degré de médicalisation des chambres des hébergés fait également l'objet de réflexions :

« Avec Erwan, on a beaucoup insisté, on ne veut pas trop médicaliser, pas trop hôpital, même si je sens de plus en plus que mine de rien ça le sera quand même. Parce qu'intrinsèquement les professionnels viendront de là et les personnes aussi. Là tu vois ça parle d'appel malade dans les chambres, ça c'est des choses qu'on n'avait pas du tout prévues [...]. C'est un truc dans la chambre, si la personne elle ne se sent pas bien elle appelle pour biper. Nous à la base on n'avait pas trop réfléchi à ça parce que ça implique qu'il y ait aussi une mise à distance du personnel, tu vois tu es là pour accompagner, et puis la personne elle est chez elle aussi. Ça pose des questionnements qui n'avaient pas été imaginés au projet, et je pense qu'il va y avoir une médicalisation plus importante que ce qu'on avait imaginé au début. Et je pense que c'est normal... il y a quand même des infirmières 24 heures sur 24, il y a quand même des situations qui vont être lourdes, donc il y a besoin aussi de cette médicalisation, après faut voir dans le temps comment ça doit évoluer, est-ce que ça doit se surmédicaliser, est-ce que non ? ».

Sacha, chargé de projet sur les LAM, 26 ans

Ainsi, la résistance à la médicalisation concerne des aspects divers, souvent peu anticipés par les professionnels à l'initiative de ce projet, comme les appels malades. Les enjeux qui concernent l'habiter sont alors au centre de cette réflexion : pour les défenseurs d'une vision sociale du dispositif, parce qu'ils sont chez eux, les hébergés ne doivent pas évoluer dans un environnement appareillé de manière similaire à l'hôpital. Pour les soignants cependant, le lieu de vie des patients est aussi un lieu de soins, nécessitant alors la présence des appareils nécessaires à un suivi médical constant.

Les débats qui entourent le degré de médicalisation des LAM se renouvellent donc au quotidien, et évoluent en fonction des rapports de force entre les professionnels sociaux et

¹ Plus de précisions seront apportées au chapitre 6.

² L'usage de ce terme fait ici référence à la manière dont les acteurs associatifs l'emploient, soit comme une résistance à une trop forte emprise médicale.

soignants. Si le projet est d'abord pensé par des professionnels défendant une vision sociale des LAM, la balance va progressivement pencher vers une orientation plus médicalisée, comme l'indique Sacha. Alors que le projet est remporté par l'association, de premiers LAM doivent rapidement ouvrir, conformément au cahier des charges. Dans l'attente de la construction d'un bâtiment pouvant accueillir les LAM et les LHSS d'Envol, les premières places des LAM ouvrent dans une aile d'un hôpital de l'agglomération. Ce sont alors les soignants de cet hôpital qui s'occupent des trois premiers accueillis des LAM, Envol versant une enveloppe financière à l'hôpital pour la délégation de cette prise en charge pendant quelques semaines. Malgré le souhait de l'association de résister à une empreinte médicale trop forte, ces premiers accueillis ont le sentiment d'être hospitalisés, contrairement à ce qui était souhaité.

À la suite de cette période transitoire, les 15 places des LAM ouvrent au sein du CHRS des Rivières, ancien établissement de l'association Saint-Jacques ayant récemment fusionné avec la Charité hospitalière de nuit. Une partie des places du CHRS ont été libérées par des hébergés ayant transité vers des appartements diffus. L'installation des LAM dans le bâtiment du CHRS est envisagée positivement pour les professionnels du centre d'hébergement. L'ouverture de ce service leur permet tout d'abord de développer des hébergements en diffus, ce qui leur semble pertinent par rapport au public qu'ils accueillent ; essentiellement des jeunes de moins de 30 ans. Par ailleurs, cette cohabitation est pensée comme une occasion d'améliorer les conditions d'accueil de l'ensemble des hébergés. Par la présence permanente d'une infirmière, les hébergés du CHRS pourront à l'occasion solliciter ces soignantes. Ce CHRS était le seul qui jusqu'alors ne disposait ni d'infirmière ni d'infirmier. Avec l'installation des LAM dans cet établissement, l'ensemble des centres d'hébergement de l'association en disposent désormais.

Outre la question des soins, l'arrivée des LAM au CHRS est pensée comme une occasion de mutualiser des tâches et des dépenses. Par exemple, le veilleur de nuit, seul jusqu'à présent, bénéficiera désormais d'un collègue. D'autres améliorations sont également permises, comme disposer de repas adaptés à divers régimes alimentaires pour les hébergés ou encore obtenir un meilleur budget pour décorer et aménager les espaces collectifs de l'établissement. L'arrivée d'hébergés présentant une vulnérabilité sanitaire importante permet en outre de rendre visibles des défaillances dans les conditions d'hébergement proposées jusqu'à présent. Il devient tout à fait intolérable que le chauffage ou que l'eau chaude ne fonctionnent pas par exemple, alors même que cela arrivait régulièrement auparavant. Le financement des LAM permet finalement des améliorations diverses du travail et des conditions

d'hébergement. En tirant certains avantages, l'association n'est donc pas uniquement en position de fragilisation par la mise en œuvre de ce dispositif.

Enfin, malgré la somme importante allouée par l'ARS pour le projet des LAM, elle ne devient pas la tutelle majoritaire dans le financement de l'association. Alors qu'au sein de l'Abej Solidarité l'ARS devient le principal financeur de l'association (Schlegel, 2022), au sein d'Envol, sa part ne s'élève qu'à 14% en 2022. La majorité des recettes (60%) proviennent de la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS). Le maintien de l'ARS à la deuxième position des sources de financement peut être analysé à l'angle de la prudence ancienne d'Envol quant au risque d'emprise du médical sur son fonctionnement. Comme l'indique ainsi Jacques Guillou : « les travailleurs sociaux se sont vu déléguer par l'État français le traitement de l'exclusion des SDF depuis 60 ans et n'entendent pas céder le terrain conquis » (Guillou, 2006, p. 255).

Conclusion

À partir des années 2000, la CHN est traversée par un processus de fragilisation. Après avoir connu une période de liberté et d'autonomie ayant favorisé le déploiement d'un credo socio-sanitaire, l'association voit ce dernier mis à mal.

Durant les années 1990, la santé des sans-abri devient un problème public et l'État enjoint fortement le social et le médical à se décroiser. La médicalisation du problème public du sans-abrisme s'adosse alors à une sanitarisation de l'association au niveau local, marquée par une montée en puissance du soin dans cet espace traditionnellement social. Cette sanitarisation se manifeste par la création de dispositifs à la croisée du social et du sanitaire, par la venue toujours plus nombreuse de professionnels soignants, mais aussi par l'augmentation des accompagnements sanitaires des hébergés, *via* l'accroissement des traitements et des rendez-vous médicaux notamment. Ce décroisement est toutefois marqué par certaines craintes associatives, et notamment par le fait d'instaurer des filières de soins de seconde zone pour les sans-abri. De surcroît, l'hôpital ne semble pas s'investir autant que les acteurs du social dans cette injonction au décroisement. C'est là qu'un paradoxe se fait jour : si des médecins occupent des positions visibles au niveau national dans la mise à l'agenda de la santé des sans-abri, ils s'avèrent, à l'échelle locale, pris davantage dans un processus de désengagement, faisant peser sur les acteurs du social la mise en œuvre de ce décroisement. En 2016, un réseau « santé-précarité » est créé localement avec la volonté de favoriser l'interconnaissance entre le social et le médical, le développement d'une culture professionnelle commune et

d'améliorer les parcours de soins des personnes précaires¹. Envol se voit sollicité pour l'animation de ce réseau, soulignant à nouveau la place singulière qu'elle occupe dans le paysage local concernant les enjeux sanitaires des sans-abri. Si le réseau entend regrouper différents dispositifs et professionnels destinés à soigner et accompagner des publics précaires, tous ne n'y engagent pas de la même manière. Les associations du monde de l'assistance y sont surreprésentées, tandis que la présence du monde médical est largement limitée. Lorsque le monde médical manifeste sa présence, c'est par l'intermédiaire des travailleurs sociaux qui y exercent, comme par l'assistante sociale de la PASS par exemple. En cela, les professionnels de santé, et plus encore les médecins, constituent les grands absents de ces temps visant pourtant l'interconnaissance professionnelle. Penser le renouvellement des frontières du social et du médical, c'est donc aussi penser les acteurs qui sont concrètement chargés de la mise en œuvre de ce décroisement.

En outre, la fragilisation du monde de l'assistance se redouble par le fait que les centres d'hébergement collectif sont de plus en plus considérés comme étant désuets. Ces derniers se voient concurrencés par le Logement d'abord, qui vient remettre en question le credo associatif d'Envol. Cette concurrence, adossée à une dépendance accrue aux crédits publics, contraint l'association à répondre à des appels à projets comme les LAM, malgré les craintes associatives quant à l'instauration de ce dispositif. Le développement de ce dispositif à la frontière du social et du médical devient alors une stratégie de survie pour l'association. Si la spécificité historique d'Envol vis-à-vis de la santé lui permet de tenir dans un contexte associatif en tension, elle est aussi désormais la marque de sa fragilité.

¹ Le but est alors de proposer des rencontres, des temps d'informations et de mettre en place des actions, comme une fiche de liaison entre le service des urgences de l'hôpital et les associations accompagnant des personnes en situation de précarité.

Conclusion de la section

Cette section retrace, au cours de l'histoire, la manière dont la santé est devenue un enjeu d'action et de réflexion central au sein d'une association traditionnellement sociale, en écho aux différentes manières dont s'est construit le problème public du sans-abrisme selon les époques.

Le premier chapitre montre comment la situation de pauvre et de malade, historiquement indifférenciée, s'est progressivement distinguée. Suivant un processus au long cours, les pauvres sont sortis de l'hôpital. C'est ainsi qu'apparaissent les asiles de nuit, à la fin du XIX^e siècle. À travers l'histoire d'un des plus vieux asiles de nuit de France, j'ai mis en lumière les préceptes majeurs qui prévalaient dans cet établissement. Son fonctionnement est fondé sur un triptyque moral, liant une morale religieuse, une morale du travail et une morale hygiéniste. Dès son ouverture, les questions de santé, et en particulier d'hygiène, constituent une préoccupation des bénévoles chrétiens de l'asile de nuit. Ce triple enjeu se recompose ensuite dans l'histoire, notamment en empruntant la voie de la laïcisation au milieu du XX^e siècle. Ce chapitre constitue alors un retour sociohistorique sur la manière dont la licence de la prise en charge des sans-abri a été rapatriée de l'hôpital vers l'assistance (Hughes, 1996). Tout en se professionnalisant comme une association de travail social, la CHN maintient toutefois une attention sous-jacente constante aux vulnérabilités sanitaires des sans-abri qu'elle héberge. Ce chapitre souligne ainsi qu'avant de se voir mise à l'agenda dans les années 1980 et 1990, la santé des sans-abri fait l'objet d'une attention de la part de ces acteurs associatifs.

Le deuxième chapitre de la section revient sur ce que fait le monde de l'assistance avec cette population, dont l'État a délégué la prise en charge aux acteurs de l'aide sociale. Je reviens alors sur l'âge d'or de cette association, qui se déploie des années 1980 à la fin des années 1990, caractérisant une période foisonnante et innovante pour les acteurs associatifs. Dans ce mouvement, c'est un credo associatif socio-sanitaire qui se structure comme un schème de pensée fondateur au sein de l'association. Ce credo se base notamment sur une vision holistique des accueillis, tenant compte des multiples facettes de la vie des sans-abri. De ce point de vue, les atteintes à la santé font légitimement l'objet d'un accompagnement de la part des bâtisseurs de l'association. En problématisant la question de la clochardisation relative à l'installation des sans-abri dans l'assistance, ces acteurs associatifs légitiment une intervention ponctuelle à leur égard. Localement, le déploiement de l'urgence sociale se conjugue alors à une attention grandissante aux problématiques de santé des hébergés. En parallèle, la mise en place du RMI permet aux acteurs associatifs de la CHN d'acter qu'une frange importante de la population

hébergée se trouve dans l'incapacité d'accéder aux normes d'insertion classique, que sont notamment l'emploi ou le logement. En retour, le registre de la santé se voit investi comme un enjeu légitime de l'accompagnement social. Au tournant des années 1990, l'enjeu de la santé passe alors d'une préoccupation sous-jacente à une priorité de l'insertion au sein de la CHN, dans un contexte où l'exclusion sociale et la souffrance psychique s'imposent comme un mode de traitement privilégié de la pauvreté. La prise en charge de la santé fait alors partie intégrante de ce credo associatif, et aboutit à la création d'une structure atypique, la SRAS.

Le troisième chapitre de la section montre que depuis les années 2000, l'association est marquée par différentes fragilisations. La prise en charge de la santé des sans-abri devient un enjeu d'action publique venant en partie déposséder les acteurs historiquement engagés dans cette cause de leur capacité à définir et à traiter ce problème (Viguié, 2020). Dépendante de crédits publics de plus en plus incertains, Envol se voit contrainte de développer des programmes à la frontière du social et du médical, malgré ses craintes de générer des filières de soins de seconde zone. Sa fragilisation passe également par la mise en place de modèles d'accompagnement des sans-abri concurrents à ceux proposés dans les établissements collectifs, notamment avec le développement du Logement d'abord. Marqués par une désuétude, les centres d'hébergement collectif sont à la fois soumis aux orientations des politiques sociales, et mis en concurrence avec d'autres modèles de prise en charge. Loin d'être uniquement passive face à cette fragilisation, l'association tente malgré tout de préserver son credo associatif socio-sanitaire, notamment en résistant à une emprise médicale trop prégnante qui a durablement marqué son histoire.

Dans un contexte où le monde de l'assistance, mais aussi le monde médical, se voient marqués par une réduction de leurs moyens, on pourrait s'attendre à ce que ces institutions se replient sur leur cœur de métier historique. C'est d'ailleurs ce que fait l'hôpital, se concentrant sur les patients rentables. Pourquoi cette association, traversée par des tensions nombreuses, investit-elle alors considérablement le registre du soin, *a priori* éloigné de son cœur de métier initial ? Cette section propose une réponse à ce paradoxe, en montrant que les préoccupations autour du soin, et notamment concernant l'hygiène et l'alcool, ont historiquement fait partie intégrante de l'association. C'est même tout un credo associatif tenant compte des enjeux sanitaires qui se structure dans cet espace social, tout en étant vigilant à ne pas se voir mis sous emprise médicale. En ce sens, cette section montre que la sanitarisation de l'association se structure avant tout par les initiatives et réflexions d'acteurs non-soignants, historiquement engagés pour cette cause.

L'étude d'Envol, si elle est bien singulière, se révèle également éclairante quant aux évolutions plus larges du monde de l'assistance, en particulier concernant le renouvellement des frontières entre le social et le sanitaire. L'articulation des questions sociales et sanitaires procède d'une histoire longue, et connaît de nombreuses recompositions (Brodiez-Dolino, 2013a, 2013b ; Duvoux, Vezinat, 2022). D'abord indifférenciés, puis autonomisés, et enfin enjoint à se décroiser, cette section propose un retour sur l'évolution des liens entre le social et le sanitaire. En regardant cette question du côté du social, je montre toutefois que cette autonomisation entre le social et le sanitaire n'a jamais été totale (Duvoux, Vezinat, 2022). La vigilance quant aux états sanitaires des sans-abri est une préoccupation que l'association n'a jamais perdue, et qui s'est recomposée de différentes manières. D'un signe d'une autonomie et d'une liberté associatives, cette sensibilité aux vulnérabilités sanitaires devient aujourd'hui de plus en plus la marque de sa dépendance aux pouvoirs publics. Alors que l'articulation des vulnérabilités sanitaires et sociales a historiquement permis le développement de l'assistance, cette corrélation constitue aujourd'hui une des conditions de la survie de cette association.

En continuant d'interroger cette question des frontières, il s'agit dès lors de compléter cette perspective sociohistorique par une attention aux professionnels qui exercent au sein de ce monde professionnel, de plus en plus marqué par la pluriprofessionnalité. La prochaine section va alors être consacrée aux travailleurs sociaux et aux soignants qui travaillent dans cette association du monde de l'assistance. Après avoir montré que la sanitarisation d'Envol trouve une partie de ses origines dans les engagements des acteurs de cette association traditionnellement sociale, il convient de se demander *qui* sont ces acteurs à l'origine de ce processus.

SECTION 2

LA MATÉRIALITÉ DU SOIN : TRAVAILLER AU SEIN DU MONDE DE L'ASSISTANCE

Le monde associatif est un monde du travail (Hély, 2009 ; Cottin-Marx, 2019). Si les études sur le monde associatif se sont majoritairement portées sur les franges bénévoles de ce milieu (Simonet, 2012), il s'agit bien d'un secteur d'activité, embauchant autant que la fonction publique territoriale (Cottin-Marx, 2019, p. 87). Lorsque l'on évoque les sans-abri, les figures qui sont associées à cette population sont avant tout les bénévoles et militants, ainsi que les personnalités politiques (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008). Alors même que la prise en charge des sans-abri est en grande partie assurée par des salariés associatifs, la visibilité de ces professionnels est limitée, comme si la professionnalité de ces acteurs pouvait au fond se réduire à une question de bonne volonté (Pichon, 1996).

Les études sociologiques abordent assez peu les centres d'hébergement comme de véritables espaces professionnels. Les études portant sur les travailleurs sociaux concernent davantage d'autres secteurs que celui du sans-abrisme, comme la protection de l'enfance par exemple (Serre, 2004 ; Briant, 2019 ; Charles, 2021). En parallèle, certains travaux s'intéressent aux soignants exerçant auprès des sans-abri, mais le cadrage retenu est souvent celui du contexte hospitalier ou de dispositifs à la croisée du social et du sanitaire (Wolff, 2018 ; Coulomb, 2018 ; Uribelarrea, 2020). Le travail de Vianney Schlegel sur la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile a récemment auguré une réflexion sur les enjeux professionnels du monde de l'assistance (Schlegel, 2019). À la suite de ses analyses, je vais alors étudier les trajectoires et pratiques de ces professionnels pour saisir la façon dont elles permettant d'éclairer le processus de sanitatisation du social.

Au sein des quatre centres d'hébergement étudiés, les équipes sont composées d'une dizaine de travailleurs sociaux, d'un ou deux cadres du travail social, d'une ou deux infirmières, de veilleurs de nuit, et souvent d'un ou deux stagiaires en travail social. En outre, d'autres professionnels interviennent dans ces établissements sans en être salariés : certains à titre libéral, comme les kinésithérapeutes, et d'autres en tant que salariés d'associations ou d'entreprises extérieures, comme les aides-soignants et les auxiliaires de vie sociale. Vianney Schlegel montre que le monde de l'assistance constitue ainsi une « juridiction partagée » entre les acteurs du travail social et de la santé, coopérant et négociant au quotidien dans la prise en

charge de cette population (Abbott, 1988 ; Schlegel, 2019). Bien que distincts, ces métiers du social et du soin se rassemblent autour de ceux que François Dubet définit comme des « travailleurs sur autrui », ayant en commun de travailler pour agir sur (ou désormais plutôt avec) autrui (Dubet, 2002, p. 10 ; Astier, 2007). Dans un contexte de décloisonnement du social et du sanitaire, ces travailleurs sur autrui se voient de plus en plus amenés à devoir travailler ensemble (Jaeger, 2012 [2006] ; Denise, et al., 2022 ; Duvoux, Vezinat, 2022). Mais comment cette rencontre s'opère-t-elle concrètement ? Comment ces différents professionnels, aux cultures professionnelles distinctes, travaillent-ils ensemble pour accompagner les sans-abri ?

Cette section contribue alors à la connaissance sociologique de l'État social. Il ne s'agit pas de considérer ces professionnels comme des exécutants des politiques sociales nationales, mais d'envisager, comme le proposent les travaux sur la *Street-Level Bureaucracy* (Lipsky, 1980 ; Dubois, 1999 ; Spire, 2005, 2007 ; Weill, 2014), ces travailleurs associatifs comme des contributeurs de premier ordre de l'action publique¹. Les professionnels du monde de l'assistance sont impliqués dans cette fabrique de l'État social, et s'intéresser à ces acteurs permettra de mieux comprendre comment s'administre la prise en charge des pauvres, et en particulier la légitimité qu'y occupe le registre de la santé.

En portant une attention aux trajectoires puis aux pratiques de ces travailleurs sociaux et de ces soignants, cette section viendra approfondir les connaissances que l'on a de ces professionnels. Pouvant tout autant être considérés tels des héros du quotidien ou des agents de normalisation des déviants (Gaspar, 2012), il s'agira dans cette section de nuancer et de complexifier ces images. Cela paraît d'autant plus pertinent que l'orientation des différents professionnels vers le secteur de l'hébergement social fait figure d'originalité dans chaque groupe professionnel étudié. S'agit-il alors de travailleurs eux-mêmes à la marge au sein de leur propre groupe professionnel pour venir exercer au sein du monde de l'assistance (Bregeon, 2008) ? Qu'en est-il des logiques procédant à leur engagement dans ce secteur ? Quelles traces ont laissé les origines charitables de ce milieu sur les professionnels d'aujourd'hui et qu'en est-il des dispositions qui y sont attendues (Lahire, 2002) ?

La prise en compte de ces questions n'est pas anodine et procède d'une histoire des idées sociologiques (Lallement, 2017). La sociologie des professions fut historiquement pensée par les fonctionnalistes, s'intéressant aux structures sociales et aux rôles que jouent les professions

¹ Bien qu'il s'agisse d'une association – et non d'un service public –, je propose tout de même de mobiliser ce prisme d'analyse dans la mesure où les associations contribuent directement à l'action publique (Weill, 2014).

dans la société (Wittorski, 2008). La première réflexion sociologique sur les professions a d'ailleurs concerné les travailleurs sociaux. Abraham Flexner, en 1915, s'intéresse à cette activité et analyse dès lors qu'il ne s'agit pas d'une profession, ce métier ne disposant pas de l'autonomie et de l'expertise suffisantes (Flexner, 1915). Au mieux, le travail social est alors une semi-profession, en quête de professionnalisation. À partir des années 1950, les sociologues interactionnistes ont reproché aux fonctionnalistes de s'en tenir à une vision conservatrice et élitiste des professions (Vrancken, 2012, p. 28). Ces sociologues, qui deviennent dominants pour penser ces questions, proposent alors de dépasser la binarité structurante entre « professions » et « occupations » qui a été à l'origine des réflexions fonctionnalistes sur les activités. Il s'agit plutôt de rendre compte des coulisses des métiers et ainsi d'aller au-delà des rhétoriques professionnelles affichées par les professions (Cartier, 2005). Les interactionnistes insistent en effet sur la nécessité de tenir compte de la diversité professionnelle qui traverse chaque secteur d'activité, et plaident pour une étude similaire de tous les métiers, indifféremment du prestige qui leur est socialement accordé (Hughes, 1996 ; Paradeise, 2016).

Aujourd'hui, les travaux sociologiques portant sur le travail entendent dépasser la polarisation entre ces deux courants sociologiques, et tiennent ensemble l'intérêt d'étudier la question de l'autonomie, de l'expertise et du prestige autour de certaines activités, tout en étant attentifs à la diversité des acteurs en présence et aux enjeux de précarité et de subordination au travail (Champy, 2011 ; Vezinat, 2016). Ces réflexions ont ouvert la voie à la sociologie des groupes professionnels (Demazière, Gadéa, 2009 ; Vezinat, 2016). Par cette approche, il ne s'agit pas tant de savoir si tel ou tel métier est une profession ou non, mais plutôt d'analyser la professionnalisation de ces groupes, en interrogeant « comment, collectivement, des professionnels cherchent à se doter en légitimité et en prestige, à obtenir de la reconnaissance ou à se protéger des menaces » (Vezinat, 2016, p. 8). Pensant les groupes professionnels dans leurs rencontres potentielles, cette approche sociologique permet en outre d'analyser les cloisonnements et franchissements que leurs interactions impliquent (Demazière, Gadéa, 2009). Recourir à la sociologie des groupes professionnels présente donc l'intérêt de ne pas cantonner l'enjeu de la prise en charge de la santé des sans-abri à un seul groupe professionnel, mais au contraire de l'appréhender comme une activité traversante entre différents groupes, y compris largement invisibilisés et pourtant indispensables au travail de *care* mené dans ces espaces, comme les auxiliaires de vie (Tronto, 2009 [1993]). Cette focale permet d'envisager le monde de l'assistance comme un espace d'activités au sein duquel le registre sanitaire occupe une place légitime (Schlegel, 2019), rassemblant différents groupes professionnels « qui s'inscrivent dans

une histoire sociale et politique propre à chaque groupe » (Vezinat, 2016, p.13), eux-mêmes composés de plusieurs segments et de trajectoires professionnelles différenciées.

En regardant qui sont ces acteurs qui investissent cet enjeu du soin et en s'interrogeant sur la manière dont ils travaillent, il s'agit ainsi de questionner la légitimité de ce registre sanitaire au sein de cet espace professionnel. Après avoir montré dans la première section que la considération du soin aux sans-abri est ancienne, cette deuxième section entend interroger, au-delà de l'esprit et des valeurs associatives, ce qu'il en est de sa matérialité. Qui prend en charge le *care* ? Un fil traversant cette section montrera comment la sanitarisaiton de cette association est liée à une division genrée du travail de soin. En analysant la composition des différents groupes professionnels de ce monde, je me focaliserai dans le premier chapitre sur les travailleurs sociaux, en raison de leur nette supériorité numérique et du fait qu'ils constituent le groupe professionnel le plus anciennement établi dans ces établissements (Schlegel, 2019). Dans le deuxième chapitre, ce seront les trajectoires des soignantes, et notamment des infirmières et auxiliaires de vie, qui seront analysées. Éclairé par ces trajectoires, le troisième chapitre de cette section permettra de regarder en détail les pratiques autour du soin, dans le cadre d'un contexte de travail coopératif.

Chapitre 5

Des travailleurs et travailleuses sociales en centres d'hébergement

Les travailleurs et travailleuses sociales occupent une place centrale dans les accompagnements des sans-abri (Sicot, 2001 ; Brousse, Firdion, Marpsat, 2008). Au sein des centres d'hébergement au niveau national, les fonctions éducatives, pédagogiques et sociales représentent la moitié des personnels, tandis que les fonctions du personnel médical et paramédical représentent, elles, moins de 4% (Cabannes, Sigal, 2019)¹. Il paraît donc heuristique de porter une attention à ces professionnels peu visibles et pourtant incontournables dans les carrières de survie des sans-abri (Pichon, 1995).

Le groupe professionnel des travailleurs sociaux est néanmoins mouvant (Autès, 1999 ; Ion, Ravon, 2000, Gaspar, 2012). Cette terminologie rassemble de nombreux métiers, aux histoires plurielles. Le regroupement des différents métiers historiques que sont l'éducation spécialisée, le service social et l'animation socioculturelle, sous l'égide commune du terme de travailleur social, date des années 1970 (Ion, Tricart, 1985). Le recours à cette terminologie commune est donc relativement récent au regard de leur histoire qui remonte à la première moitié du XX^e siècle. Avant les années 1970, « il existait seulement des métiers, historiquement différenciés, inégalement développés et pratiquement cloisonnés », qui se sont construits à distance les uns des autres (Ion, Ravon, 2000, p. 8). Au-delà de ces métiers pionniers, le groupe professionnel des travailleurs sociaux en intègre désormais bien d'autres, comme les assistantes maternelles ou encore les conseillers conjugaux (Autès, 1999). La forte extension du nombre de professionnels rattachés au travail social entraîne une délimitation complexe de cette entité (Ion, Tricart, 1985).

Au sein des centres d'hébergement, les travailleurs sociaux rassemblent principalement des professionnels de l'éducation spécialisée (ES) des moniteurs-éducateurs (ME), des professionnels de l'animation socioculturelle et des assistants de service social (ASS). Plus marginalement, on retrouve également des éducateurs techniques spécialisés (ETS), des aides médico-psychologiques (AMP), des accompagnantes éducatives et sociales (AES), des éducatrices de jeunes enfants (EJE) et des conseillers en économie sociale et familiale (CESF). Ils ont pour point commun d'exercer des fonctions relationnelles et éducatives auprès des

¹ Le reste des emplois correspond aux personnels de direction (14,7%), d'encadrement (8%), ou des services généraux (24,1%), comprenant notamment les surveillants de nuit, les personnels de cuisine ou encore d'entretien.

hébergés. Le Code de l'action sociale et des familles a retenu une définition large des fonctions des travailleurs sociaux, visant à « permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement¹ ». Cette définition officielle du travail social témoigne d'une licence professionnelle *a priori* commune, fondant le caractère collectif de ce groupe professionnel (Hughes, 1996).

Pourtant, il existe une pluralité de modalités d'exercice et de contextes de travail pour ce groupe professionnel. La possibilité d'exercer ces métiers, excepté celui d'assistante de service social, sans être titulaire d'un diplôme, contribue à cette dispersion. Le monde de l'assistance constitue d'ailleurs un bastion professionnel qui embauche de nombreux travailleurs sociaux non diplômés. L'appellation commune de travailleur social sous-tend alors des diplômes, des trajectoires, mais aussi des statuts d'emplois différents. Si des éléments témoignent de l'existence de ce groupe, comme les instituts de formations, les revues spécialisées ou encore les assises du travail social, les sociologues pointent qu'il est loin de constituer un groupe professionnel unifié (Ion, Ravon, 2000 ; Gaspar, 2012). Par l'analyse d'une frange de cet « univers du travail social » que sont les centres d'hébergement (Gaspar, 2012, p. 14), ce chapitre participera alors à la documentation de cette « nébuleuse » professionnelle (Autès, 1999, p. 59).

Dresser le panorama des travailleurs sociaux exerçant dans ces établissements va permettre de mieux saisir cette diversité. Au sein des quatre centres d'hébergement étudiés dans la thèse, parmi les professionnels en poste, deux tiers sont titulaires d'un diplôme du travail social. Parmi ces diplômés, une majorité est titulaire du diplôme d'éducateur spécialisé, ce qui correspond aux constats nationaux établis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au sein des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (Cabannes, Sigal, 2019). Cette question du diplôme a toutefois partie liée avec trois variables majeures dans l'association étudiée : l'établissement d'exercice, le genre et l'âge.

¹ Code de l'action sociale et des familles, décret n° 2017-877 du 6 mai 2017.

On retrouve tout d'abord nettement moins de professionnels diplômés du travail social au sein du foyer du père Virgile (FPV) et de la Structure de reconquête de l'autonomie sociale (SRAS), par rapport au centre d'hébergement pour femmes et au CHRS des Rivières (voir annexe 5). Il y a ainsi davantage de professionnels diplômés dans les dispositifs destinés aux franges de la population sans-abri les plus proches de l'insertion¹. Le monde de l'assistance est en effet traversé par une hiérarchisation interne, en partie fondée sur la capacité de réinsertion des hébergés. C'est alors dans les dispositifs d'hébergement considérés plus difficiles et accueillant la population la plus éloignée des standards de l'insertion que l'on trouve des équipes moins diplômées, mais aussi moins féminines.

Dans les quatre centres d'hébergement étudiés, on retrouve 24 femmes contre 17 hommes titulaires de leur poste, sans compter les cadres qui sont très largement des hommes. À nouveau, de forts effets d'établissement marquent cette apparente mixité : sur les 14 professionnels du centre d'hébergement pour femmes, on ne retrouve que deux hommes, tandis que seulement deux femmes sur huit professionnels exercent à la SRAS. Les données nationales confirment que les Centres d'hébergement d'urgence (CHU) et les CHRS de stabilisation sont moins féminisés que les CHRS d'insertion (Cabannes, Sigal, 2019). En outre, les femmes s'avèrent nettement plus diplômées que les hommes au sein de l'association Envol. Parmi l'ensemble de ces femmes, seulement trois ne sont pas titulaires d'un diplôme du travail social, contre dix hommes non diplômés (ND) sur les 17 rencontrés.

Enfin, au sein de l'association, environ un tiers des travailleurs sociaux ont moins de 35 ans. À Virgile, c'est même plus de la moitié de l'équipe éducative qui est composée de professionnels issus de cette classe d'âge. Au sein d'Envol, l'espace professionnel observé se distingue alors de manière assez nette entre des femmes de moins de 35 ans, récemment embauchées, titulaires de diplômes du travail social et des hommes âgés de plus de 40 ans, rarement diplômés du travail social, et salariés de longue date de l'association. Cette répartition professionnelle va être appréhendée comme une énigme sociologique à laquelle ce chapitre propose de répondre. Cette composition de l'espace professionnel rejoint les constats établis par Vianney Schlegel, qui souligne un fort effet générationnel au sein du monde de l'assistance (Schlegel, 2019). La question d'une ligne de fracture liée à l'âge et à l'expérience fait sens pour les travailleurs sociaux rencontrés et correspond à une réalité locale observable. L'enjeu du

¹ Les données de la DREES confirment qu'au niveau national, parmi les personnels éducatifs, les CHRS d'insertion sont composés à 25,5% de professionnels non diplômés, contre 33,3% dans les centres d'hébergement d'urgence ou de stabilisation (Cabannes, Sigal, 2019).

renouvellement des générations a également été traité par la littérature, constituant une ligne d'analyse courante des dynamiques professionnelles repérables parmi les travailleurs sociaux (Ion, Tricart, 1985 ; Serre, 2004 ; Ion, Ravon, 2000, Duvoux, Mutuel, 2017). À la poursuite de ces travaux, j'émetts toutefois l'hypothèse que ces dynamiques autour des âges peuvent être complétées par une analyse en termes de genre. Plus précisément, il semble que le prisme de la fracture générationnelle euphémise la présence de rapports sociaux genrés, structurant pourtant largement les dynamiques professionnelles du travail social.

Pour analyser ces dynamiques professionnelles, je développerai dans un premier temps ce qui constitue l'unité – relative – de ce groupe. Dans un deuxième et troisième temps, j'éclairerai la diversité des trajectoires des travailleurs sociaux rencontrés en retraçant leurs différents modes d'entrée (et de sortie) dans le métier. La deuxième partie sera alors consacrée à l'étude de ce secteur comme un bastion professionnel masculin puis la troisième partie reviendra sur la féminisation progressive de l'association.

I. L'unité (relative) des travailleurs sociaux en centres d'hébergement

Au sein d'Envol, les professionnels se définissent comme des « travailleurs sociaux » dès les années 1980 dans les rapports d'activité. En réalité, les professionnels rencontrés recourent toutefois peu à cette terminologie pour se désigner à l'oral. L'appellation commune retenue est celle « d'animateur social », indifféremment des titres professionnels qu'ils occupent. Il s'agit là d'un premier élément central concernant l'unité de ce groupe professionnel. Ce mode de désignation collectif, facette centrale du rapport au travail selon Everett C. Hughes (1996), s'explique notamment par le peu de variations des fonctions de ces professionnels selon leurs titres de métiers. En effet, indifféremment de leurs diplômes, ou même du fait qu'ils en détiennent un ou non, ces « animateurs » font le même travail au quotidien dans les centres d'hébergement. Pour autant, cette appellation d'« animateur » fait l'objet de critiques de la part des travailleurs sociaux eux-mêmes, notamment parce qu'elle restitue mal la dimension du travail individuel mené auprès des hébergés. Je recourrai alors principalement à la terminologie de travailleur social, choix plus neutre au sein de ce secteur et plus représentatif de la diversité des diplômes de ces professionnels.

1. Une proximité politique et culturelle

Le panorama établi des travailleurs sociaux souligne l'hétérogénéité, voire l'éclatement, de ce groupe professionnel en termes d'âges et de diplômes notamment. Ce qui fonde leur unicité est ailleurs : c'est par le partage de pratiques communes, mais aussi de visions du monde similaires qu'ils se rejoignent. Au sein de l'association étudiée, il apparaît notamment que ces derniers partagent un ethos politique plutôt homogène, porté sur des idées de gauche (Blum, Neuberg, 2019) – avec de forts consensus sur les questions d'immigration –, sans nécessairement se reconnaître dans les partis politiques de gauche actuels. Une professionnelle se définit ainsi comme « *une vieille gaucho* ». Durant une conversation à table au foyer du père Virgile, les travailleurs sociaux parlent politique et affirment de manière plutôt consensuelle avoir été déçus par Jean-Luc Mélenchon, certains envisageant désormais de voter blanc¹. Présente sur le terrain lors du mouvement social des Gilets Jaunes, j'ai pu repérer que certains professionnels se définissaient comme appartenant au collectif et participaient aux manifestations. La plupart, sans être engagés, soutenaient le mouvement et se reconnaissaient en partie dans les revendications. Ces quelques données locales corroborent les analyses produites sur les Gilets Jaunes tendant à indiquer qu'une frange des personnes engagées était socialement issue des petites classes moyennes, et notamment des professions intermédiaires comme les infirmières ou les professeurs des écoles, ou encore des fractions stables des classes populaires, comme les aides-soignantes (Arborio, Divay 2021).

Aussi, le désabusement politique apparaît de manière prégnante au sein de ce groupe professionnel, particulièrement en ce qui concerne les politiques sociales. En 2006 est déjà noté dans un rapport d'activité : « *le dernier épisode sur les "Don Quichotte" nous laisse un certain goût d'amertume : les effets d'annonce, les espoirs que nous avons pu oser formuler se voient mis à mal par des stratégies de communication en période électorale* » (rapport d'activité, 2006). Cette désillusion s'inscrit dans un climat où l'ensemble des partis politiques se sont emparés de la cause des pauvres, l'exclusion étant devenue un problème public comme je l'ai précisé dans la section précédente (Viguié, 2020). Les travailleurs sociaux rencontrés soulignent les écarts entre les affichages politiques et la réalité durable de la faiblesse des moyens qui leur sont accordés. Par leur position au sein du système de protection sociale, ces

¹ Ces propos ont été tenus en 2019.

professionnels se pensent comme le parent pauvre de l'État social et comme le dernier maillon du filet de sécurité des plus démunis.

Cela étant, ces idées politiques sont les seules qui ont un cadre dicible au sein de cet espace. Il est tout à fait probable que des travailleurs sociaux divergent de ce discours dominant sans l'exprimer, et que des lignes de fracture politique jalonnent en creux ce groupe professionnel. Cette apparente homogénéité politique et les consensus affichés sur certains sujets rassemblent d'ailleurs des trajectoires socio-politiques différentes. Certains travailleurs sociaux sont issus du catholicisme social, quand d'autres sont davantage portés sur des idéaux anarchistes. *A priori* éloignées, ces traditions politiques tiennent ensemble sur cette question du sans-abrisme (Aranda, 2022). Ces rassemblements font qu'Envol se donne à voir comme une association marquée à gauche de l'échiquier politique – concernant les professionnels tout du moins –, à l'instar de nombreuses associations du monde de l'assistance (Brodiez-Dolino, 2020).

La figure du militant constitue une référence majeure parmi les travailleurs sociaux. Jean-François Gaspar montre que cette figure est valorisée dans les centres de formation des travailleurs sociaux (Gaspar, 2012), et force est de constater qu'elle l'est aussi au sein du monde de l'assistance. Jean-François Gaspar pointe au sujet des travailleurs sociaux militants un écart entre les discours tenus et la réalité de l'engagement de leurs pratiques : « ils dénoncent, déplorent, s'insurgent, signent des pétitions, exposent largement leurs indignations, mais leurs pratiques tranchent avec leurs intentions » (Gaspar, 2012, p. 108). Sur le terrain, il s'avère parfois en effet que les revendications militantes avancées demeurent à l'état d'intentions déclaratives. Peu de travailleurs sociaux rencontrés sont d'ailleurs aujourd'hui syndiqués. À rebours de l'image traditionnelle d'une culture syndicale forte au sein de ce groupe professionnel, la syndicalisation n'est en réalité pas plus élevée pour les travailleurs sociaux que dans d'autres groupes professionnels (Viguié, 2020).

Pour autant, cet ethos politique ne semble pas être qu'une apparence. Plusieurs mobilisations professionnelles jalonnent l'histoire d'Envol. Des grèves ont notamment eu lieu pour défendre les intérêts des hébergés. À l'issue de ma période de terrain, j'ai notamment pu suivre la mobilisation de travailleurs sociaux contre l'instauration d'un nouveau Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD), jugé délétère pour les sans-abri en situation irrégulière. Par ailleurs, les équipes s'avèrent capables de se mobiliser collectivement et rapidement pour défendre leurs propres intérêts professionnels, comme lors d'une grève organisée dans un centre d'hébergement afin

de défendre un salarié ayant reçu un blâme professionnel estimé injuste. Ces capacités de mobilisation se conjuguent dans ce milieu à un fort esprit critique – voire d’insubordination – vis-à-vis de l’autorité hiérarchique, déjà remarqué par Jacques Ion et Bertrand Ravon (2000).

Si tous les travailleurs sociaux rencontrés ne sont pas des militants actifs, il s’avère que dans chaque établissement, au moins un professionnel se rapproche de cette figure engagée, mettant alors sa socialisation militante à la disposition du groupe. C’est le cas de Jérémie, engagé de longue date pour les droits des étrangers, qui constitue une référence militante au sein du foyer du père Virgile. Jérémie exprime avoir choisi d’y faire son premier stage d’éducateur spécialisé, précisément pour mettre à l’épreuve ses capacités de résistance :

« C’est bizarre, mais moi j’avais envie de me confronter à quelque chose dont on dit que c’est dur, l’endroit où j’allais on savait que ça allait être dur. J’entrais en formation, et je voulais voir, est-ce que je vais faire ce boulot-là ou... ? ».

Jérémie, travailleur social non diplômé, 36 ans, Virgile

Catalysant de nombreuses discriminations sociales, la prise en charge des sans-abri peut en effet intéresser certains travailleurs sociaux qui placent la lutte contre les inégalités au cœur de leurs valeurs. Dans ce cadre, il semble que le secteur de l’hébergement social puisse attirer de manière privilégiée la frange des travailleurs sociaux militants décrits par Jean-François Gaspar (2012).

Outre la question proprement politique, Jacques Ion et Bertrand Ravon ont pointé que « les travailleurs sociaux ont constitué une sorte de vivier d’où sont sortis de nombreux militants qui ont tenté d’impulser, au cours des dernières décennies, d’autres formes d’organisation familiale et scolaire (communautés, écoles parallèles), d’autres apports au travail, à la nature et au corps » (Ion, Ravon, 2000, p. 95). Sans généraliser et postuler un style de vie uniforme, les travailleurs sociaux rencontrés sont en effet pour la plupart sensibles à l’écologie, notamment parmi les plus jeunes. Nombre d’entre eux, et notamment les femmes, entretiennent une affinité avec les médecines douces. Si l’attention aux corps des hébergés est centrale dans le travail mené par les travailleurs sociaux, l’attention à leur propre bien-être corporel est remarquable, témoignant des continuités entre leurs préoccupations professionnelles et extra-professionnelles (Ion, Tricart, 1885). Nombreux font ainsi part de réflexions et de pratiques sur une alimentation saine. Le sport occupe également une place importante, même si sa pratique est souvent contrariée en raison des contraintes horaires du travail en centres d’hébergement. Ces constats

trouvent du sens lorsqu'on les rapporte aux attentes du milieu : être bien dans sa tête et bien dans son corps est considéré comme un prérequis à la réalisation du travail social.

En outre, l'homogénéité de ce groupe professionnel tient en partie à sa proximité culturelle, le capital culturel y étant particulièrement valorisé (Ion, Tricart, 1985). Historiquement dans l'association, les pratiques culturelles ont constitué des outils de médiation essentiels. Depuis les années 1990, des créations musicales et artistiques sont réalisées avec les hébergés. Des journaux ont également été édités dans différents centres d'hébergement et de nombreux voyages ont été organisés. Cette valorisation des activités culturelles est en partie liée à la tradition de ce secteur de former des animateurs socio-culturels, compétents pour mener ce type d'activités. Aujourd'hui, l'importance des activités culturelles est toujours prégnante au sein des établissements, les travailleurs sociaux valorisant les sorties aux musées ou encore les productions artistiques de la part d'hébergés, comme les dessins, ou les textes de slam par exemple. Toutefois, les professionnels expriment régulièrement ne plus disposer d'autant de temps et de moyens pour développer ce type d'activités culturelles aujourd'hui. Cela leur paraît d'autant plus dommageable qu'ils disposent souvent eux-mêmes d'un capital culturel important. Nombreux sont les travailleurs sociaux à se rendre régulièrement à des expositions, à aller voir des films d'Art et d'Essai et à avoir des connaissances musicales pointues, plusieurs d'entre eux pratiquant eux-mêmes la musique. Lorsque j'étais remplaçante à la SRAS, on m'a ironiquement conseillé de citer les films de Jacques Audiard pour obtenir un poste durable, cette anecdote soulignant que le capital culturel constitue une ressource valorisable dans ce milieu.

Si en tant que travailleurs sociaux ces professionnels appartiennent globalement à la frange basse des classes moyennes, leur capital culturel leur permet de se distinguer. Ce capital est à la fois une ressource dans la relation éducative qu'ils entretiennent avec les hébergés, mais constitue également une possibilité de distinction avec ces derniers (Bourdieu, 1979). En effet, les nombreuses conversations musicales et cinématographiques entre travailleurs sociaux contribuent à entretenir une forme de distance vis-à-vis des pratiques culturelles des hébergés. En critiquant, souvent avec ironie, les programmes télévisuels que regardent certains hébergés – comme la télé-réalité par exemple – mais aussi la musique qu'ils écoutent, largement marquée par des préférences populaires, les travailleurs sociaux accentuent la distance de classe qui les sépare des accueillis. Ce capital culturel constitue alors une ressource notable des professionnels de ce secteur, permettant de tenir ensemble les injonctions paradoxales propres au travail social, à savoir le partage d'une proximité avec les usagers et le maintien d'une distance professionnelle (Lemerancier, 2016).

Plus encore, les professionnels rencontrés entretiennent pour certains une proximité directe avec les « mondes de l'art » (Becker, 1982). Un nombre non négligeable de travailleurs sociaux ont auparavant exercé dans ce domaine. Comédienne, assistant-metteur en scène, assistant-réalisateur, chanteuse, disquaire, sont des métiers occupés antérieurement par des travailleurs sociaux rencontrés au sein d'Envol. Alicia, 34 ans, est éducatrice technique spécialisée (ETS) au CHRS des Rivières depuis cinq ans, mais était anciennement photographe. Elle m'explique en entretien son parcours : détentrice d'un bac arts appliqués, elle entreprend ensuite un Brevet de technicien supérieur (BTS) communication visuelle qu'elle n'obtient pas. Elle passe par l'université une année, en langues étrangères appliquées, puis retourne vers le milieu artistique et la photographie, aux Beaux-Arts, où elle valide un master. Alicia a effectué 11 années d'arts au total. Durant ses dernières années d'études, elle m'explique avoir disposé d'une grande liberté quant aux sujets qu'elle traitait. Elle commence alors à réaliser des portraits de « *personnes mises à l'écart*¹ », avec l'idée de « *mettre à égalité* » par l'intermédiaire de la photographie. Elle passe alors du temps dans des institutions du travail social, et notamment dans des établissements pour des personnes en situation de handicap. Par ce biais, elle découvre le métier d'éducatrice qu'elle ignorait jusqu'alors :

« Je ne connaissais absolument pas. Je ne connaissais pas du tout. Enfin voilà, moi mon éducation a fait que je n'ai pas connu de foyer ou quoi donc je ne connaissais pas ce corps de métier-là ».

Alicia, éducatrice technique spécialisée, 34 ans, CHRS des Rivières

Diplômée des Beaux-Arts, Alicia reprend une formation pour être ETS. Comme Alicia, les autres travailleurs sociaux entretenant cette proximité au milieu artistique ont largement insisté sur leur méconnaissance antérieure du travail social. Habib, qui a été assistant-metteur en scène dans un théâtre avant d'être travailleur social, m'explique sur le ton de l'anecdote qu'il s'est rendu à son entretien d'embauche en « *cravate et tout le tralala*² », illustrant son ignorance des codes en vigueur dans ce métier.

Cette proximité avec le milieu artistique peut paraître surprenante, dans la mesure où les métiers du social sont plus souvent comparés à d'autres métiers relationnels (Muel-Dreyfus, 1983). On peut d'abord supposer que ces liens entre « les mondes de l'art » (Becker, 1982) et ceux du travail social s'expliquent par les rares débouchés professionnels stables au sein du

¹ Extrait d'entretien avec Alicia, éducatrice technique spécialisée, 34 ans, CHRS des Rivières.

² Extrait d'entretien avec Habib, travailleur social non diplômé, 50 ans, CHRS de la SRAS.

milieu artistique (Guéraud, 2021). Le travail social viendrait alors remplir une fonction d'« univers de consolation » (Poliak, 2007). Toutefois, Alicia, comme les autres travailleurs sociaux ayant côtoyé le milieu artistique, ne présente pas ce choix de cette manière. Loin d'être un choix par défaut, cette orientation est davantage considérée comme une continuité que comme une rupture. Ce qui fait événement pour le chercheur ne l'est pas nécessairement pour les personnes rencontrées, rappelle Sophie Denave en analysant les ruptures professionnelles (Denave, 2009). Le caractère non événementiel de cette évolution est donc un indice précieux des liens entre ces mondes de l'art et du social. La trajectoire d'Alicia montre que les formations et expériences dans le milieu artistique peuvent conduire ces professionnels à rencontrer le travail social et le médico-social, les politiques culturelles insistant largement sur la démocratisation de la culture. Ces orientations rendent les liens entre ces mondes plus prégnants qu'il n'y paraît. En outre, si cette orientation professionnelle vers le social n'est pas présentée comme un choix par défaut, il semble que ce soit justement dû au fait que le travail social reconnaisse leur capital culturel, en plus d'assurer la stabilisation de leurs trajectoires professionnelles.

L'attention au style de vie des travailleurs sociaux souligne alors leur proximité politique et culturelle. Malgré leurs faibles qualifications, ces professionnels se distinguent au sein de l'espace social par la détention d'un capital culturel important. L'étude des origines sociales de ces professionnels va alors maintenant permettre de renseigner les formes de mobilités et de reproductions sociales conduisant à l'occupation de cette place singulière dans l'espace social.

2. Hériter du travail social et partager sa vie avec quelqu'un du métier

La question des origines sociales des travailleurs sociaux constitue une piste d'étude permettant de renseigner ce qui fait l'unité de ce groupe professionnel. Francine Muel-Dreyfus pointe que l'accès au métier d'éducateur durant la seconde moitié du XX^e siècle était fortement marqué par des trajectoires sociales ascendantes (Muel-Dreyfus, 1983). En revanche, les assistantes sociales étaient majoritairement issues de la bourgeoisie jusqu'aux années 1970 (Blum, 2002). Jacques Ion et Bertrand Ravon, qui s'intéressent aux travailleurs sociaux depuis les années 1980, analysent que leur profil s'est progressivement dispersé au sein de l'espace social et que les trajectoires qui y mènent sont aujourd'hui hétérogènes (Ion, Ravon, 2000).

Au sein du monde de l'assistance, une frange notable des professionnels sont issus de milieux populaires. L'accès à ce métier constitue alors une mobilité sociale ascendante, pour

ces travailleurs sociaux dont les parents exerçaient souvent comme ouvriers. Beaucoup plus rarement, certains professionnels ont évoqué un déclassement par l'accès au métier de travailleur social, comme le suggère à demi-mot Arnaud, chef de service :

« Alors j'ai fait un parcours d'étudiant classique et peu autodidacte, c'est-à-dire que j'ai fait une prépa science-po, une première année de science po et ensuite j'ai arrêté. J'ai travaillé comme assistant-réalisateur, comme cadreur dans des longs métrages, et puis après j'ai repris des études en sciences humaines, où j'ai fait un DEUG de psychosocio, et ensuite une licence de sciences de l'éducation à Nanterre, voilà j'ai hésité à continuer, j'aurais bien fait un master 2 sur du savoir-être et des choses comme ça et puis voilà j'avais d'autres projets, donc professionnellement assistant-réalisateur, j'ai fait aussi du commerce, j'ai été attaché commercial dans l'édition et puis ensuite à nouveau du cinéma, et puis après un bilan de compétences, je suis venu travailler au foyer du père Virgile dans un centre d'accueil d'urgence. Et c'était un vœu quand j'avais 15-16 ans, j'étais attiré par le métier d'éducateur spécialisé, mais voilà dans mon milieu ce n'était pas trop valorisé donc je n'avais pas donné suite, mais je suis retombé là-dessus entre instituteur, éducateur, et donc le bilan de compétences m'a confirmé que le cinéma ça m'allait bien, et que le social ça m'allait très bien aussi ».

Arnaud, éducateur spécialisé, 51 ans, chef de service du CHRS de la SRAS

En précisant que « *dans mon milieu, ce n'était pas trop valorisé* », Arnaud laisse penser que son accès aux métiers du social est marqué par une mobilité sociale descendante. Cependant, la question du déclassement – et implicitement le dévoilement d'une origine sociale favorisée –, reste largement non dite parmi les travailleurs sociaux du monde de l'assistance, ce qui restreint les généralisations.

La tendance majeure repérée concernant les origines sociales des travailleurs sociaux est celle de la reproduction sociale : pour beaucoup, ils sont issus de familles d'éducateurs, de soignants ou d'enseignants. Jérémie, dont j'ai précisé l'engagement militant plus haut, est issu d'une famille où ses deux parents sont éducateurs. Lucile, éducatrice spécialisée de 24 ans, me dit ainsi avoir grandi dans une famille qu'elle qualifie d'« *ouverte* » et de « *progressiste* », précisant que son père était éducateur de jeunes enfants en crèche. Pour Charlotte, éducatrice spécialisée de 25 ans, c'est sa mère, éducatrice spécialisée dans le secteur du handicap, qui lui a donné le goût du métier.

Parmi les travailleurs sociaux rencontrés, certains sont même des héritiers directs du monde de l'assistance. Le père d'Harold, chef de service au foyer du père Virgile, est administrateur au sein d'Envol depuis plusieurs dizaines d'années. Sacha, chargé de projet sur les Lits d'accueil médicalisés (LAM), est issu d'une famille de travailleurs sociaux : sa mère

était assistante sociale à la SNCF et ses oncles travaillaient au sein d'Envol. Il s'agit alors d'un monde où les cooptations familiales ne sont pas rares.

La reproduction sociale constitue ainsi une caractéristique marquante de ce milieu, qui se repère également avec les enfants de certains travailleurs sociaux, devenus eux-mêmes des professionnels du social. En majorité, les enfants des travailleurs sociaux rencontrés sont toutefois amenés à travailler en dehors du monde de l'assistance. Dans les discours, les parents rencontrés aspirent à ce que leurs enfants jouissent de meilleures conditions de travail qu'eux, ce qui implique à leur sens qu'ils exercent en dehors de l'hébergement social, plutôt mal classé dans la hiérarchie implicite des lieux d'exercice du travail social.

Outre les origines sociales, ce sont également les relations entretenues par ces travailleurs sociaux qui se révèlent particulièrement marquées par la proximité sociale. Clarisse, éducatrice spécialisée de 29 ans m'explique ainsi n'avoir « *que des éducateurs, des psy et des instituts* » dans son entourage. Au-delà des amis, ce sont les conjoints et conjointes qui sont très souvent issus d'un secteur proche du leur comme l'avaient déjà remarqué Jacques Ion et Jean-Paul Tricart (1985). En particulier, les professionnels rencontrés sont nombreux à être en couple avec des personnes étant également des « travailleurs sur autrui » (Dubet, 2002). Sur le terrain, des travailleurs sociaux sont en couple avec des enseignants notamment, partageant là des points communs quant à l'aspect relationnel du métier. De manière encore plus saillante, nombreux sont en couple avec des professionnels du soin : ambulanciers, pompiers, psychologues, et infirmières notamment. La figure du couple hétérosexuel dont l'homme est travailleur social et la femme infirmière a ainsi été repérée à plusieurs reprises sur le terrain.

Vanessa, une éducatrice spécialisée qui est en couple avec un homme éloigné de ces mondes professionnels m'explique que cela constitue parfois une difficulté pour elle :

« Heureusement on a une bonne équipe et on en échange entre nous. Moi je rentre chez moi le soir, il y a des fois où je vais parler du taf avec ma fille, mais il y a tout un tas de choses dont je la préserve, sans lui faire croire que le monde voilà... Et même mon copain, il y a des choses voilà on n'est pas... on peut pas savoir, je sais pas comment m'exprimer, la dernière fois je lui ai sorti un truc pas très sympathique du genre : « *non, mais je comprends pourquoi la plupart des collègues ils partagent leur vie avec quelqu'un qui est du métier ou plus ou moins* », parce que c'est compliqué en fait pour les personnes extérieures. C'est compliqué de comprendre les choses comme nous on les vit ici ».

Vanessa, éducatrice spécialisée, 38 ans, Virgile

L'homogamie de ce secteur peut en partie s'expliquer par la difficulté à faire comprendre à l'autre le travail mené au quotidien lorsqu'il en est éloigné, comme l'explique Vanessa. Partager sa vie avec une personne travaillant également avec autrui permet alors le partage d'expérience et peut potentiellement favoriser des relations soutenantes et compréhensives. En outre, ce choix du conjoint donne en creux des éléments sur la manière dont ce groupe professionnel envisage les métiers qui lui sont proches et lointains. À cet égard, les métiers impliquant le travail sur autrui, et en particulier du soin, sont appréhendés dans le registre de la proximité.

3. *En venir à travailler « avec les gens de la rue »*

Afin de clore cette partie sur les aspects homogènes du rapport au métier repérés parmi les travailleurs sociaux, il faut s'attarder sur la question de l'engagement dans ce secteur d'activité. Everett Hughes indique à cet égard que : « le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi, et même de son destin dans son unique existence » (Hughes, 1996, p. 76). Le choix du métier constitue donc un objet d'étude sociologique d'envergure. Au sein d'Envol, vouloir travailler « avec les gens de la rue » apparaît comme un mode de présentation fréquemment employé, méritant de s'y attarder afin de saisir les processus sous-tendant cet affichage collectif.

Ce mode de présentation unifiant se décline selon différentes logiques de discours. Certains, relativement rares, l'abordent dans une approche vocationnelle. Lina, assistante de service social en centre d'hébergement, exprime qu'elle voulait « *absolument travailler avec les gens de la rue* » après avoir découvert ce public à l'occasion d'un stage. Souvent néanmoins, le désir de travailler auprès de ce public est un peu plus nuancé. Ce choix est fréquemment précisé comme une volonté de travailler avec des adultes dits « responsables », par opposition à l'exercice fréquent du métier de travailleur social avec des enfants, ou des personnes en situation de handicap. Aline, éducatrice spécialisée, explique en effet qu'elle ne souhaitait pas travailler dans le secteur de la protection de l'enfance :

« Ce qui m'avait donné envie d'être éduc c'était, j'avais vu un documentaire sur les éduc en prison, et c'est ça qui m'avait donné envie. Donc *a priori* d'emblée j'étais plutôt vers l'adulte et puis après pendant la formation, j'ai fait en prévention spécialisée, j'ai fait en MECS [maison d'enfants à caractère social], et puis donc le stage à responsabilité éducative, donc j'ai pas du tout essayé le handicap, je ne connais pas. L'enfance, ça m'a vite saoulée, parce que c'est trop routinier, et puis je ne voyais pas trop l'intérêt,

on était auprès des enfants, mais on ne travaillait pas auprès des parents, ça me semblait assez moche, et puis voilà je ne trouvais pas mon compte ».

Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

Aline, comme de nombreux autres travailleurs sociaux rencontrés, exprime une expérience décevante de la protection de l'enfance, considérée comme un secteur routinier et parfois même dénué de sens. Parallèlement, la responsabilité professionnelle et la charge morale impliquées par l'accompagnement d'enfants sont aussi mises à distance en exerçant auprès d'adultes responsables :

« J'ai découvert un autre rapport avec les adultes, dans le sens où, ce que je vais dire ce n'est pas la facilité, mais je pense que j'aurai plus trop la patience du quotidien avec les enfants. Une fois que j'ai travaillé avec le public adulte, tu vois, c'est un tout autre rapport, en MECS c'est beaucoup le quotidien, les devoirs, le réveil, c'est vachement... [...]. Et ça je pense que je pourrai plus trop [...]. Là c'est totalement différent, j'estime que l'adulte il est responsable, il est accueilli, il y a un contrat qui est mis en place, il est responsable, enfin voilà, un enfant ce n'est pas la même, tu dois le protéger. Bien que l'adulte aussi... mais un enfant qui fugue tu lui cours après, un adulte... enfin voilà ».

Gaëtan, moniteur-éducateur, 29 ans, Virgile

La responsabilité engagée en exerçant auprès d'enfants est particulièrement lourde. Le travail en protection de l'enfance peut alors en partie être délaissé en raison de la charge morale et affective qu'il implique. Cédric, un travailleur social non diplômé me dit également qu'il lui a été difficile de travailler en Maison d'enfants à caractère social (MECS) car « *ça percutait des choses* ». Charlene Charles explique que les foyers pour enfants exposent les professionnels à des conditions de travail difficiles, tout en étant peu valorisés dans le milieu du travail social (Charles, 2021). Au sein de l'univers particulièrement segmenté du travail social, le secteur de l'insertion – et plus particulièrement les centres d'hébergement –, n'est pas beaucoup plus valorisé que la protection de l'enfance. Néanmoins, le monde de l'assistance permet de tenir à distance certaines contraintes professionnelles liées au métier¹.

Outre la mise à distance de la protection de l'enfance, quelques professionnels expliquent leur engagement professionnel au sein du monde de l'assistance comme un choix par défaut. Alice, assistante de service social (ASS) diplômée il y a quelques mois, m'explique

¹ Pour une faible frange des professionnels rencontrés, et notamment les plus jeunes, la protection de l'enfance en milieu ouvert – plus valorisée que les internats – constitue néanmoins un secteur attrayant, nécessitant toutefois à leur sens l'acquisition d'une plus grande expérience professionnelle avant de pouvoir y exercer.

ainsi être arrivée « *par hasard, parce que je ne trouvais rien d'autre* ». Comme Alice, il arrive que des professionnels soient conduits à exercer en centres d'hébergement sans aucune connaissance préalable, théorique ou pratique, de ce monde. Il faut préciser que le monde de l'assistance est nettement moins présent dans les instituts de formation, comparé aux mondes du handicap et de la protection de l'enfance. Après quelques semaines, on propose à Alice un contrat de travail à durée indéterminée (CDI) au sein d'un centre d'hébergement. Des postes sont fréquemment à pourvoir au sein de l'association et les candidats diplômés du travail social se font parfois rares. Alice me communique alors ses hésitations, pour lesquelles elle finira par refuser la proposition : elle n'est pas particulièrement motivée, notamment parce que le public et les conditions de travail ne lui donnent pas pleine satisfaction.

Ce mode de présentation par défaut est toutefois minoritaire. De manière générale, le désir de métier se fonde sur le souhait de travailler auprès des « *gens de la rue* », soulignant combien la question du public est centrale pour ces métiers. Didier Demazière et Charles Gadéa indiquent que « pour une grande part, c'est en trouvant leur public que les groupes professionnels identifient leur place dans le monde social et justifient leur activité » (Demazière, Gadéa, 2009, p. 22). Alors que les études sur les travailleurs sociaux ont souvent renseigné les déterminants de l'engagement au travail de manière globale (Gaspar, 2012 ; Ion, Tricart, 1985), l'attrait pour ses différents publics demeure sous-étudié. Pourtant, l'attrance pour un public spécifique semble structurante. Dans les discours tenus par les professionnels, le désir de métier est même souvent réduit à cette question de l'attrait pour le public. Cette focalisation, loin d'être anodine, montre que c'est sur cette identification que les professionnels nourrissent en partie leur reconnaissance au travail (Hughes, 1996).

Travailler auprès des « *personnes à la rue* » repose sur une présentation unifiée du public pris en charge dans les établissements, qui n'a pourtant rien d'évidente. Le public accueilli dans les différents centres d'hébergement est en effet extrêmement diversifié. Pour une part des accueillis, ils n'ont même jamais dormi à la rue, bien qu'ils aient connu des modes d'habitat précaires. Cette présentation regroupe alors sous un même terme une diversité de personnes que sont entre autres les sans-abri vieillissants, les femmes victimes de violences conjugales, les sans-abri réfugiés et migrants, les jeunes sortant de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les familles en grande précarité, ou encore les patients sortant de l'hôpital psychiatrique. Par-delà cette diversité entre les publics, les professionnels expriment un mode de présentation du désir de métier basé sur une construction unificatrice du public accueilli. Pourtant, les professionnels rencontrés expriment régulièrement qu'ils ne pourraient pas travailler dans telle

ou telle structure, soit auprès d'un public différent de celui qu'ils accompagnent. Celles et ceux qui travaillent au foyer du père Virgile expliquent souvent qu'ils seraient incapables de travailler avec les femmes. Au centre d'hébergement pour femmes, les professionnelles exposent fréquemment qu'il leur serait impossible de travailler à la SRAS, dépeignant le public comme trop vulnérable. Il existe ainsi de nombreux segments au sein même du public du monde de l'assistance. Le mode de présentation du désir de métier ne rend toutefois pas compte de ces distinctions.

Le désir de métier, étudié par Florence Osty, constitue un « phénomène social à part entière » (Osty, 2003, p. 15). En cela, l'expression du souhait de travailler « *auprès des gens de la rue* » permet de faire cohésion au sein d'un groupe justement traversé par des lignes de fractures. Il faut d'ailleurs préciser que cette appellation est aussi utilisée par d'autres professionnels, comme les infirmières ou les psychologues qui interviennent dans les centres d'hébergement. Cette terminologie n'a pas une fonction descriptive concernant le public accueilli ou les activités qui y sont menées, mais elle permet l'entretien d'une culture professionnelle commune et d'un sentiment d'appartenance. Transcendant les métiers et les titres professionnels, les singularités des publics et des établissements, ce mode de présentation témoigne d'une volonté de faire corps. On retrouve des processus similaires de « confraternité » dans d'autres secteurs d'activités, comme les services hospitaliers de réanimation décrits par Thomas Denise (2018, p. 85). La présentation d'un esprit de corps permet alors de valoriser la présence de métiers variés dans des sphères professionnelles réputées difficiles.

Mais cette rhétorique professionnelle ne dit pas tout des conditions de l'engagement dans le métier. Il convient désormais d'analyser les différentes modalités d'accès au monde de l'assistance, au prisme des trajectoires de différents professionnels. Le concept de trajectoire – dont l'usage dans ce chapitre se rapproche de celui employé par Anne-Marie Arborio au sujet des aides-soignantes –, viendra alors porter une attention à ce qui fonde l'unité d'un groupe professionnel, ainsi que sa diversité (Arborio, 1996). Pour la sociologue, « le terme de trajectoire suggère que la série de positions occupées par une même personne n'est pas le seul fait du hasard, mais qu'elles s'enchaînent selon un ordre intelligible » (Arborio, 1996, p. 10). Il s'agit alors de rendre compte des processus sociaux structurants propres à ce secteur, en partant de trajectoires *a priori* singulières.

Plus largement, il va s'agir de questionner l'enjeu traversant de la professionnalisation de ce groupe professionnel. Le risque du concept de professionnalisation est de percevoir cette évolution comme un mouvement linéaire, impliquant un aboutissement. Or, les sociologues

pointent la nécessité de désigner la professionnalisation comme un mouvement incertain et jamais achevé une fois pour toutes (Cottin-Marx, 2019 ; Schlegel 2022). Plus encore, la professionnalisation ne peut être réduite à l'enjeu de la salarisation, ni à celui de la qualification. Les professionnels de terrain, mobilisant eux-mêmes la notion de professionnalisation, la réduisent généralement à cet aspect de la qualification. Cependant, le recrutement de professionnels diplômés ne représente qu'un des aspects de la professionnalisation du monde de l'assistance (Schlegel, 2019, 2022). Pour saisir ce processus, il s'agit alors de rendre compte, au sein de ce groupe professionnel, de « la mobilité collective d'une partie de ses membres » (Hughes, 1996, p. 77) tant au niveau des mouvements des individus que de ceux des groupes (Wittorski, 2008). L'étude du processus de professionnalisation suppose ainsi de conjuguer l'analyse de trajectoires singulières aux cadres sociaux qui structurent les enjeux du métier (Champy, 2011, Dubar, 1998). En ce sens, la professionnalisation du monde de l'assistance sera analysée dans les parties suivantes avant tout à l'angle du processus de féminisation de ce secteur.

II. « *La boucle d'oreille, le syndicat et la grande gueule*¹ » : un bastion professionnel masculin

Le travail social a longtemps été – et demeure – un métier majoritairement exercé par des femmes (Muel-Dreyfus, 1983 ; Bessin, 2009). En revanche, le monde de l'hébergement social a historiquement fait exception à cette tendance. Ces deuxième et troisième parties, partant de l'hétérogénéité des modalités d'accès au métier, vont permettre de revenir sur la construction historique d'une masculinité hégémonique dans ce secteur (Connell, 1995), puis sur sa féminisation. Passant en quelques années d'un monde d'homme à un univers mixte, le monde de l'assistance constitue une entrée pertinente pour saisir les rapports de genre qui jalonnent le groupe professionnel des travailleurs sociaux. De surcroît, la majorité des travaux traitant du processus de féminisation l'interroge au prisme de professions prestigieuses, comme les chirurgiens par exemple (Zolesio, 2009). Regarder ce processus à l'angle du travail social contribue alors à renseigner les conditions de la féminisation de groupes professionnels moins prestigieux (Vezinat, 2013).

¹ Extrait d'entretien avec Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans.

Pour s'intéresser à la féminisation d'un groupe professionnel, Nicky Le Feuvre indique qu'il est : « nécessaire de partir des éléments qui ont fondé ces métiers comme "masculins", d'analyser les discours et les pratiques qui ont justifié leur composition exclusivement masculine et qui ont produit l'allant de soi de l'hégémonie masculine » (Le Feuvre, Guillaume, 2007, p. 12). Dans cette optique, il va donc d'abord être question des hommes travailleurs sociaux ayant exercé dans ce secteur, en analysant les enjeux de ce bastion professionnel masculin.

1. Les deux figures des héritiers de l'histoire

Parmi les hommes exerçant au sein d'Envol, j'en qualifie certains comme des « héritiers de l'histoire ». Ces derniers, toujours présents dans les centres d'hébergement, correspondent à une figure de travailleurs sociaux exerçant de longue date dans l'association. Il s'agit d'hommes qui ont, pour une majorité d'entre eux, été recrutés à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Ils constituent une frange importante du groupe professionnel des travailleurs sociaux tel qu'il est composé actuellement, comme je l'ai souligné dans l'introduction du chapitre.

Ce sont des professionnels qui sont héritiers de la génération des « *bâtisseurs* ». Si pour la plupart ces bâtisseurs sont aujourd'hui à la retraite, ils sont encore fréquemment cités pour leur vision comme pour leurs actions. Ces bâtisseurs apparaissent comme des figures quelque peu mythifiées, représentant une époque décrite avec nostalgie. Si leurs héritiers n'ont pas vécu l'âge d'or – « *la grande époque*¹ » – du secteur dans les années 1980, ils en ont été les descendants, et sont donc les garants de ce patrimoine. Loin d'être propre au secteur de l'hébergement social, c'est tout le travail social qui appréhende cette période « d'apogée » de la sorte (Autès, 1999, p. 7). François Dubet indique que ces références à un âge d'or constituent une rhétorique centrale dans les métiers du travail sur autrui, permettant de donner un cadre dicible à ce qu'il analyse comme « le déclin de l'institution » (Dubet, 2002). Cette référence à une période glorieuse, quand bien même en partie idéalisée, permet en effet de souligner des difficultés et contraintes du travail actuel.

Richard, dont j'ai évoqué la trajectoire dans le chapitre précédent, est un de ces bâtisseurs. Il explique avoir eu comme stagiaires de jeunes professionnels, aujourd'hui pour la

¹ Extrait entretien avec Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile.

plupart devenus des chefs de service qu'il estime. Encore aujourd'hui, Richard reste en relation avec ces héritiers :

« C'est marrant parce que c'est des jeunes qui sont plus jeunes, mais qui m'appellent : "Richard, on viendrait bien faire une petite bouffe, ça fait longtemps qu'on ne t'a pas vu". Moi je suis preneur, moi j'ai toujours un tas de jeunes et de moins jeunes, c'est important de pouvoir donner du temps pour échanger ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

En racontant les anecdotes de la période où il travaillait, tout en confrontant sa vision avec les évolutions du monde de l'assistance lui étant exposées par ces héritiers, ces rencontres permettent d'entretenir le patrimoine de cette période glorieuse.

En entrant plus dans le détail, il apparaît que parmi les héritiers de l'histoire, deux figures se distinguent. Une première correspond effectivement à des travailleurs sociaux qui ont aujourd'hui accédé à des postes à responsabilités. Il s'agit de ces « *jeunes qui ne sont plus jeunes* » décrits par Richard. Ce sont généralement des hommes ayant commencé à travailler dans le secteur de l'hébergement social par le biais de remplacements, en parallèle de leur cursus universitaire. C'est le cas de Yann qui commence à travailler comme remplaçant à Virgile en 1991 alors qu'il est en licence de psychologie en parallèle. Il explique alors :

« Les remplacements à l'époque c'était compatible avec les heures de fac, soirées, week-ends, nuits, je n'étais pas à temps plein, j'étais sur un mi-temps, et ça me permettait d'avoir une rentrée d'argent plus continuer le cursus universitaire en psycho-patho. Donc ça a continué sur la licence, la maîtrise, le DESS [Diplôme d'études supérieures spécialisées], sachant qu'au départ je ne devais pas continuer sur cette voie-là, mais aller sur une voie plutôt instit, et puis finalement la psycho m'intéressait, mais après en regardant les offres d'emploi sur les psycho-patho, sur le champ qui m'intéressait, il y avait pas beaucoup d'offres. Surtout pour un temps plein, c'étaient des vacances, des bouts de quarts temps... Et puis entre temps on m'avait proposé un CDI à mi-temps [au FPV], du coup j'ai dit oui pourquoi pas, donc j'ai commencé vraiment sur du volet remplacement, gestion de la collectivité ».

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

Trente ans plus tard, Yann exerce toujours dans le même établissement, désormais comme chef de service. De la même manière, Claude, ayant été le premier chef de service de la SRAS, m'indique qu'il a initialement réalisé une « *fac de sciences* » qui « *n'avait pas trop de rapport avec le social* ». Méconnaissant jusqu'alors ce monde, il effectue un été un remplacement au sein d'un centre d'hébergement :

« J'ai découvert qu'il y avait un métier qui consistait à parler avec les gens, voilà ça c'est cool comme métier, donc je suis allé voir, et donc j'y suis resté, initialement je ne savais pas si j'y resterais, et finalement ça m'a bien plu donc j'y suis resté ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

Claude comme Yann découvrent le social sans penser initialement y faire leurs carrières, étant alors engagés dans un parcours universitaire. C'est en outre le cas d'Harold, lui aussi chef de service, exerçant initialement à Virgile en parallèle de son master et de son doctorat en sociologie. Embauché pour des remplacements au début des années 2000, Harold analyse ce qui selon lui a favorisé son embauche :

« Mon profil c'est quoi au départ, étudiant, bon j'ai fait des études donc je suis censé pas être trop trop bête, enfin comprendre les choses comment ça se passe, savoir écrire, parce que ça commence à être à la mode, mais on a besoin de moi pas parce que j'accompagne des gens, c'est être présent, je suis un homme, j'habitais à la cité des Jonquilles, j'ai fait partie d'organisations de jeunes machin, du coup ils m'ont dit bon bah pourquoi pas, voilà. Aujourd'hui un profil comme le mien, non j'y crois pas, je pense qu'il ne passe pas les ressources humaines. Concrètement, moi mon projet c'était de gagner de l'argent pour manger pour faire mes études ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Être un homme, « *savoir écrire* », habiter « *la cité des Jonquilles*¹ », faire partie « *d'organisations de jeunes* » constituent, dans la lecture d'Harold, les éléments centraux qui ont déterminé son recrutement. Parmi cette frange des héritiers de l'histoire ayant accédé à des postes à responsabilité, une majorité ne sont alors pas diplômés du travail social, mais témoignent d'un capital scolaire important qui les distinguent des seconds.

En contraste avec cette première figure, la trajectoire de Jean-François permet d'aborder la seconde frange des héritiers de l'histoire. Jean-François travaille depuis vingt ans au foyer du père Virgile. Il a toujours occupé le même poste d'animateur social et n'a pas accédé à des fonctions à responsabilités. Il est issu d'une famille modeste de quatre enfants. Sa mère était femme au foyer, et son père chef d'atelier. Enfant, il a habité à côté du foyer du père Virgile et se souvient être souvent passé devant l'établissement, intrigué. Adulte, Jean-François a commencé à travailler comme compositeur typographe dans l'imprimerie, un métier qu'il a

¹ Quartier populaire de l'agglomération.

exercé plusieurs années. Il s'est marié avec Agnès, enseignante de français, et a eu trois enfants. Ce travail dans l'imprimerie, sans lui déplaire, s'avérait cependant éloigné de ses aspirations :

« Je disais toujours à mes collègues, moi mon boulot ça va, mais je ne m'éclate pas. Ce n'est pas ce que j'aurais voulu faire. Moi ce que j'aurais voulu faire, comme je travaillais dans un centre commercial, je voyais souvent des éducateurs passer, avec des jeunes, des enfants handicapés, donc moi ce que je disais toujours : ce que j'aurais voulu faire c'est ça. Voilà, mais je n'ai jamais eu le culot de tout plaquer et tout partir, je ne l'aurais pas fait ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

Jean-François, comme nombre de ces hommes recrutés à l'époque, n'était pas familier du milieu du travail social et envisageait alors ce métier dans le registre de l'impossible. Il décrit d'ailleurs ce milieu comme étant particulièrement éloigné des attentes de sa famille :

« En fin de compte moi le social ça me tentait depuis longtemps, mais ma mère elle m'avait toujours dit, mais de toute manière, tu ne pourras pas, t'es pas fait pour ça, t'as toujours une amie, ses fils machin ils ont fait et puis ils n'ont pas tenu, alors si eux n'ont pas tenu, comment tu veux... Moi tu sais mes parents ils ne nous ont jamais élevés vers le haut, si tu veux nous c'était de toute façon, t'es fils d'ouvrier, tu finiras ouvrier, donc t'as pas besoin de travailler dans le social, c'est pas possible. Et puis je n'ai jamais été plus loin que ça ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

Si le social constitue bien une voie de mobilité professionnelle pour les milieux populaires et pour les descendants d'immigrés comme l'analyse Marnia Belhadj (2006), la trajectoire de Jean-François rappelle la prégnance de la distance entre le milieu ouvrier et le travail social. Ici, le social n'est pas seulement appréhendé comme inatteignable, il est aussi appréhendé comme un domaine particulièrement inadapté à l'habitus de classe de Jean-François, sa mère soulignant : « *tu n'es pas fait pour ça* ».

Jean-François s'est retrouvé licencié de son poste du milieu de l'imprimerie à la fin des années 1990, en raison de la fermeture des commerces proposant ces services. Au chômage à 36 ans, et bénéficiant d'indemnités intéressantes, il se dit alors : « *je vais essayer de faire un truc qui me plaît, et vraiment un truc que j'ai envie de faire* ». L'avancée en âge semble constituer pour Jean-François une possibilité de mettre à distance les codes familiaux auxquels il a été socialisé, puisqu'il décide de se reconvertir dans le travail social en écrivant une candidature « *à toutes les structures* » figurant dans l'annuaire des établissements de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). La Charité Hospitalière

de Nuit répond à sa demande et organise un entretien dont il garde un souvenir chaleureux. Jean-François est alors embauché au foyer du père Virgile, et m'explique qu'au terme de sa première soirée : « *j'ai senti que ça se passait bien, je pense que je me sentais à ma place* ». Il restera plusieurs années à temps partiel, sans contrat de travail stable, avant d'obtenir un contrat de travail à temps plein à Virgile¹.

La trajectoire de Jean-François recoupe celles de nombreux autres travailleurs sociaux embauchés à l'époque, peu qualifiés et sans diplôme du travail social, issus de milieux populaires et en reconversion professionnelle. Cette seconde figure d'héritiers a très souvent connu des expériences professionnelles antérieures, diverses et éloignées des métiers du social, allant de la sécurité à la restauration en passant par la menuiserie. Cette réalité n'est pas spécifique à la Charité hospitalière de nuit puisque Vianney Schlegel repère également au sein de l'Abej Solidarité ce recrutement de professionnels peu diplômés et éloignés des métiers du travail social à cette époque (Schlegel, 2022). Ces expériences professionnelles antérieures dans des secteurs d'emploi réputés difficiles semblent être un gage, pour les recruteurs de l'époque du monde de l'assistance, de la capacité de ces nouveaux travailleurs sociaux à accepter les conditions de travail propres aux centres d'hébergement. Dans ces établissements, les professionnels sont en effet amenés à travailler sur des plages horaires découpées, parfois avec des pauses dans la journée, impliquant des temps de travail de nuit, le week-end, ou encore les jours fériés. Ces conditions de travail impliquant une forte flexibilité se rapprochent en partie de celles de certains métiers tertiaires auparavant occupés par des travailleurs sociaux, comme la restauration. Alors qu'*a priori* peu de liens apparaissent entre ces emplois du tertiaire et le travail social, des ponts peuvent en réalité être établis lorsqu'on s'intéresse aux conditions de travail effectives. En rendant intelligible cette corrélation, les trajectoires de ces hommes paraissent alors moins marquées par la bifurcation qu'il n'y paraît (Grossetti, Bessin, Bidart, 2009). Le secteur de l'hébergement social, s'il permet de stabiliser la trajectoire de ces hommes, marque finalement le renouvellement d'un travail au statut d'emploi précaire, peu qualifié et aux conditions de travail éprouvantes.

Des liens peuvent être établis entre cette seconde figure des héritiers de l'histoire et la première. Le peu de débouchés de la filière professionnelle que Yann envisage dans la

¹ Au sein de la famille, la sortie de la condition ouvrière ne concerne pas que Jean-François. Ses deux sœurs sont devenues secrétaires « *à un niveau assez élevé* », Jean-François me précisant également qu'elles ont « *réussi leurs carrières* ». Au-delà des trajectoires individuelles, ce sont aussi des trajectoires familiales d'ascension sociale que l'engagement dans les métiers du travail social permet de documenter (Murard, 2003).

psychopathologie le conduit à accepter de prendre un poste à Virgile. Jacques Ion et Bertrand Ravon avaient déjà identifié que « la crise des débouchés pour les diplômés de l'enseignement supérieur » pourrait avoir un impact sur les métiers du social (Ion, Ravon, 2000, p. 51). La trajectoire de Yann en témoigne : le secteur de l'hébergement social, au tournant des années 2000, constitue bien une voie de mobilité et d'insertion – bien que précaire – pour des hommes dont les filières d'emploi initialement investies s'avèrent marquées par le chômage et la précarité.

Des distinctions sont néanmoins notables entre les deux figures évoquées. Même si les premiers n'ont pas de diplôme du travail social, ils ont acquis un capital scolaire qui a une valeur croissante au sein du travail social. De surcroît, leurs origines sociales diffèrent, les premiers étant moins souvent issus de milieux populaires que les seconds. Ainsi, si ces deux figures sont des héritières de l'histoire, tous ayant été formés par les bâtisseurs de l'époque, les premiers s'avèrent plus légitimes que les seconds. Leur accès rapide à des postes d'encadrement et à responsabilité témoigne d'ailleurs du crédit leur étant accordé par l'association. La seconde frange des héritiers, n'ayant pas accédé à ces postes d'encadrement, est pour la plupart restée au sein de l'association, son absence de diplôme du travail social et de titre scolaire universitaire lui restreignant l'accès à d'autres emplois, même au sein du monde de l'assistance. Certains d'entre eux ont néanmoins évolué, au sein de l'association, vers des postes de travail en journée réputés moins rudes. Au demeurant, il s'agit souvent de professionnels qui ont investi la sphère du syndicalisme professionnel. On peut alors supposer que ces engagements syndicaux constituent une stratégie de défense face à la précarité des conditions de travail auxquelles ils sont exposés. De surcroît, Jean-François Gaspar indique que les travailleurs sociaux syndiqués sont souvent des professionnels qui ont été écartés des voies scolaires classiques, l'école ayant couramment constitué un facteur d'échec pour eux (Gaspar, 2012). L'investissement dans le militantisme constitue ainsi une « seconde école », puisqu'il permet une socialisation secondaire valorisante (Berlivet, Sawicki, 1994).

2. *L'esprit « cow-boy » des bâtisseurs*

La très grande prédominance d'hommes travailleurs sociaux au sein des centres d'hébergement avant les années 2000 permet d'avancer qu'il s'agit d'un bastion professionnel masculin. Outre les équipes de terrain, c'est le conseil d'administration de l'association lui-même qui est largement dominé par la présence d'hommes :

« C'était essentiellement masculin avant, ça l'est toujours d'ailleurs. Il y a plus de femmes aujourd'hui qu'il n'y en avait avant. Mais ça, c'est historique. Il ne faudrait pas généraliser avec les autres associations où il y a quand même parfois pas mal de femmes dans les conseils d'administration. À la CHN il n'y en a jamais eu beaucoup, voire même pas du tout quand je suis rentré, et puis c'est venu petit à petit ».

Joël Martin, membre du conseil d'administration et ancien président de la CHN, 78 ans

Aussi, cette prédominance d'hommes au sein de la CHN serait un trait caractéristique de l'association. Pour saisir ce point plus en détail, il s'agit de ne pas s'en tenir à une lecture quantitative du nombre d'hommes, mais plutôt d'analyser à quoi renvoient ces attendus de la masculinité.

En arrivant au foyer du père Virgile à la fin des années 1990, Jean-François éprouve un décalage avec les autres professionnels en poste. L'équipe est à l'époque composée exclusivement d'hommes, que Jean-François décrit avec des carrures impressionnantes tandis qu'il est lui plutôt chétif. Le début des années 2000 marque en fait une transition quant aux recrutements des travailleurs sociaux au sein d'Envol, comme l'explique cette éducatrice spécialisée :

« Avant les collègues étaient choisis par rapport à leur force physique, à leur capacité à se confronter à la violence et à la gérer plutôt de façon *manu militari*, donc les critères d'embauches n'étaient pas du tout les mêmes, et c'est vrai que l'accent était plutôt sur la gestion de la collectivité, et la gestion voilà, physique quoi, rentre-dedans ».

Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

Les recrutements menés avant les années 2000 s'avéraient alors, au moins en partie, basés sur la force physique des professionnels. « *C'était des cow-boys* », me dit ainsi Jean-François en entretien. À la même période, on retrouve des logiques similaires dans d'autres secteurs du travail social. C'est notamment le cas dans l'Éducation surveillée, décrit par Nicolas Sallée et par Véronique Freund, évoquant les « *gros costauds gros bras* » (Sallée, 2012, p. 163) et la « *pédagogie musclée de jadis* » (Freund, 2004, p. 149) du secteur avant sa féminisation.

Concrètement, les discours des bâtisseurs et des héritiers de l'histoire expliquent combien les exclusions – y compris de force – étaient nombreuses :

« C'était quand même agité, donc il fallait servir de médiateur dans les bagarres, séparer les personnes, parfois il fallait se battre aussi pour mettre quelqu'un dehors... C'est-à-dire : le prendre, et le mettre dehors. Et ça, ça ne

se fait pas comme ça, il suffit pas de dire tu t'en vas pour que la personne parte... ».

Gaspard Lemoine, salarié de la CHN de 1969 à 1978, puis membre du CA depuis 1982, 72 ans

Gaspard Lemoine cesse d'ailleurs de travailler au foyer du père Virgile en partie à cause de la violence qui y règne, et de l'inquiétude de sa femme à ce sujet.

En étudiant les vigiles, Julien Scheepers montre que les compétences recherchées concernant la gestion de la violence sont des compétences présumées innées pour ces hommes embauchés (Scheepers, 2019). Ces supposées habilités à faire face à la violence agissent en effet comme une « présomption de compétence » (Belhadj, 2006, p. 81). Cet extrait d'entretien avec Richard montre ainsi comment il a dû s'adapter à cet attendu :

« Moi quand je suis rentré il y avait énormément de violence je te l'ai dit, et il fallait même faire ta place et se bagarrer. Moi j'ai dû faire de fausses bagarres avec les gens, parce que moi je ne suis pas un bagarreur et j'ai horreur de ça [...]. Et au début où je suis arrivé, les éducateurs ils bastonnaient les mecs, et un jour il y a un mec qui rentre beurré, qui me traite de con, de salaud devant tout le réfectoire. T'as pas le choix, il faut assurer un peu un certain nombre de choses de ton autorité, et bah je lui ai collé une... ce que j'appelle une claque thérapeutique, c'est-à-dire que j'ai mis ma main contre sa joue, et j'ai tapé. Donc lui il sait très bien qu'il n'a pas pris une baffe, mais c'était un colosse, c'était un grand, et bah il s'est écrasé, et il a accepté le jeu, et tout le monde s'est dit merde quelle autorité [...]. Mais ça ce n'est pas facile à faire, parce que si tu ne le fais pas... Et maintenant ça c'est le côté positif, même les travailleurs sociaux ils ont plus besoin de faire ça, parce qu'ils ont évolué. Moi je n'avais pas le choix, il fallait que je le fasse à ce moment-là, pour assurer l'autorité. Je l'ai fait, mais je n'aime pas ça ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

Cette description montre bien la norme – voire l'injonction – à la violence physique qui prévaut avant les années 2000, pour faire sa place et garantir son autorité en tant que professionnel au sein du monde de l'assistance. Richard témoigne dans cet extrait du travail d'adaptation qu'il a dû entreprendre pour correspondre à cette attente implicite du milieu. Sylvie Monchatre précise que ces compétences genrées ne sont pas des attributs individuels : il serait vain de s'en tenir à une analyse présumant que ces bâtisseurs disposaient de compétences physiques évidentes (Monchatre, 2018). Il apparaît davantage que le contexte et les rapports de pouvoir préexistants plaçaient la force physique comme la condition dominante du maintien de l'ordre. La description de cet environnement éclaire alors en partie ce qui constitue le modèle de la masculinité hégémonique de ce secteur (Connell, 1995). Selon la définition d'Arthur Vuattoux, ce concept désigne « le type de masculinité qui, à un moment donné, domine les

représentations de la masculinité » (Vuattoux, 2013, p. 85). Rappelant qu'il existe différentes formes de masculinités, il s'agit alors de ne pas essentialiser les comportements décrits comme étant purement masculins. Le récit de Richard témoigne précisément de l'ajustement qu'il a dû faire pour correspondre à ce modèle de masculinité hégémonique.

Ce modèle dépasse les seuls aspects de la force physique. Richard, lorsqu'il me décrit l'esprit de l'époque, évoque ces trois caractéristiques : « *la boucle d'oreille, le syndicat et la grande gueule* » et donne ainsi le ton du modèle de masculinité attendu. En cela, ces bâtisseurs sont décrits comme de fortes têtes, ou encore comme des « *personnes au caractère difficile* » (rapport d'activité, 1988). Concernant les caractéristiques esthétiques, les récits qui m'ont été livrés témoignent notamment du fait que de nombreux travailleurs sociaux portaient les cheveux longs ainsi que des blousons en cuir. À cet égard, les héritiers de l'histoire m'ont souvent expliqué que lorsqu'ils ont commencé à travailler, il était impossible de dissocier physiquement les professionnels des hébergés. Ce partage de caractéristiques communes s'inscrit dans l'ethos de la proximité développée par les bâtisseurs, dont j'ai abordé certains aspects dans la première section. Les recrutements de l'époque étaient alors marqués par une forme de proximité au public, visant à neutraliser les différences sociales entre hébergés et salariés. Ce credo associatif s'accompagnait également d'une valorisation de la disponibilité et de l'engagement au travail. Ne pas compter ses heures, venir travailler le jour de Noël faisaient partie des codes valorisés dans le milieu :

« Noël, j'ai toujours pratiquement fait Noël aux [CHRS des] Peupliers. C'est vachement important d'être là. Toi tu fais Noël le 23 ou le 26, tu as la chance d'avoir des enfants et que tout va bien, qu'est-ce que tu en as à foutre du soir de Noël ? Alors qu'eux ils ont besoin que tu sois là, et que c'est le moment le plus difficile ».

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans

En indiquant « *c'est vachement important d'être là* », « *ils ont besoin que tu sois là* », Richard souligne l'importance de l'engagement au travail. Cet investissement constitue un trait marquant du salariat associatif, que Maud Simonet a d'ailleurs décrit comme une forme de « *bénévolisation du travail* », cet engagement impliquant une forme de travail gratuit (Simonet, 2010). Dans ce contexte, l'engagement et le don de soi au travail sont non seulement banalisés, mais aussi valorisés.

« Tu ne peux pas faire ton boulot et rentrer chez toi comme ça, il faut quelque part en être partie prenante dans son mode de vie. Avant, les gens l'étaient essentiellement, ils n'étaient que ça ».

Cette valorisation de la proximité et de la disponibilité aux pauvres constitue un trait saillant du modèle de la masculinité hégémonique de ce secteur (Connell, 1995). Ces éléments soulignent que la transition entre le travail bénévole – qui a longtemps prévalu dans ce monde – et le travail salarié, est loin d’être si franche. Maud Simonet, au sujet des travailleurs associatifs, montre alors l’impasse d’une réflexion binaire entre le bénévolat d’un côté et le salariat de l’autre (Simonet, 2012). Elle précise combien les trajectoires professionnelles dans le monde associatif se fondent souvent sur des compétences et dispositions bénévoles reconverties (Simonet, 2012). Cette analyse semble tout à fait s’appliquer à la trajectoire de Richard, dont j’ai déjà évoqué les engagements bénévoles dans la section précédente. Pour Hugues aussi, l’engagement est une composante majeure de sa trajectoire qu’il a lui-même hérité de ses parents, des salariés associatifs engagés ne comptant pas leurs heures. Son père a en effet fondé une association et Hugues le décrit comme faisant partie de ces personnes qui ont « *la flamme* », et ajoute : « *il était militant, et puis il a dit je vais monter un projet au service de ma passion* ». Au quotidien, Hugues continue alors de valoriser le don de soi au travail.

Cette vision historique du travail au sein du monde de l’assistance sous-tend au fond l’idée que travailler auprès des sans-abri « ne nécessite pas de formation ni de savoir particulier, l’engagement et le don de soi suffisent » (Bregeon, 2008, p. 37). Ce sont alors avant tout les qualités personnelles qui sont mobilisées pour définir le rapport au métier (Muel-Dreyfus, 1983). Avant les années 2000, la qualification ne constitue pas un prérequis à l’accès au métier, la question des compétences occupant en revanche une place centrale. Celles-ci, loin d’être des dispositions évidentes, se fondent sur l’essentialisation de différentes caractéristiques présumées typiquement masculines. Ce modèle de la compétence va progressivement laisser plus de place à une logique basée sur la qualification (Scheepers, 2019).

3. *La qualification des animateurs sociaux*

Initialement composé exclusivement de bénévoles, c’est en 1958 que le foyer du père Virgile salarie un premier encadrant. Au départ, ce premier salarié n’est qu’un soutien aux bénévoles, qui restent majoritaires. Puis à partir des années 1970, le salariat associatif s’impose comme une norme au sein de la CHN, même si des traces de cet héritage bénévole perdurent. La question de la formation et du diplôme commence alors à se poser à cette période :

« Ensuite, la formation du personnel d’encadrement, car si la bonne volonté, la valeur morale de chaque membre de l’équipe me paraissent des éléments

essentiels, la complexité de l'action à entreprendre pour apporter une aide efficace aux hébergés nécessite l'acquisition d'une technicité dans la relation, l'animation, les connaissances des lois administratives, le droit : pénal, civil et du travail, la gestion. Cette formation doit aussi permettre une analyse approfondie dans la connaissance de soi et de l'autre pour que notre action d'aide permette l'épanouissement humain le plus complet possible des personnes accueillies » (rapport d'activité, 1973).

La formation évoquée est celle « *d'animateur de collectivité* », qui est à l'époque « à l'étude aux ministères des Affaires sociales » (rapport d'activité, 1973). Ces éléments renvoient à l'histoire de la création des diplômes du travail social qui se constituent à cette même période. En 1979 est créé le Diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation (DEFA). Né dans le sillon de l'éducation populaire, le métier d'animateur se distancie « de ses références initiales à l'obligation scolaire et à l'éducation » pour, dans les années 1960, se rapprocher de l'animation dans les quartiers urbains (Autès, 1999, p. 47). La problématique de la déviance urbaine, combinée à la démocratisation des politiques culturelles, contribuent à légitimer l'intervention des animateurs auprès des sans-abri.

Dans ce contexte, la formation au DEFA est proposée aux salariés de la CHN à partir des années 1980. La Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS) encourage les associations à s'orienter vers la formation d'animateur, plutôt que vers celles d'éducateur spécialisé et d'assistant de service social, ces diplômes étant envisagés comme une potentielle menace pour l'autonomie du monde de l'assistance (Bregeon, 2008). Michel Autès explique en effet que « moins rigidifiée et codifiée que les autres, la profession d'animateur va s'adapter avec moins de difficultés aux redéfinitions sociopolitiques et administratives du champ social » (Autès, 1999, p. 48). L'adaptabilité du métier d'animateur trouve alors un écho au sein du monde de l'assistance, attentif au maintien de son autonomie. Concrètement, selon les professionnels qui ont entrepris la formation du DEFA, ce diplôme était proposé par l'association car il permettait aux salariés en formation de réaliser leur stage au sein de leur lieu d'exercice. Du fait de la souplesse effective des modalités de réalisation de cette formation, un certain nombre de salariés, pour certains toujours en poste, sont titulaires de ce diplôme.

Cependant, malgré un affichage associatif posant des objectifs en termes de qualification, peu de ces travailleurs sociaux obtiendront finalement un diplôme, même si une majorité a initié des démarches de formation. Les statistiques de la DREES indiquent d'ailleurs que 69% des animateurs sociaux en centres d'hébergement ne sont pas titulaires d'un diplôme ou brevet relatif à l'animation, ce qui assoit ce constat établi localement (Cabannes, Sigal,

2019). Cela semble s'expliquer par un rapport douloureux à l'institution scolaire pour une frange importante de ces travailleurs sociaux historiques.

En outre, c'est plus largement le rapport à la qualification qui est ambivalent au sein de l'association, comme au sein de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) (Sallée, 2012). En effet, la qualification croissante des professionnels s'accompagne de nombreuses réticences, comme l'indique Hugues, lui-même éducateur spécialisé :

« Alors je vais être un peu vieux con, mais cette motivation qu'avaient les personnes qui étaient bénévoles au départ, il y a une énergie si tu veux, la professionnalisation, du coup on se retrouve sur des choses voilà, on engage moins, on n'engage pas l'action de la même façon. Mais je pense qu'il faut un peu des deux, après ça devient un métier... ».

Hugues, éducateur spécialisé, 57 ans, CHRS des Rivières

Cette vigilance quant à cette évolution vers « *la professionnalisation* » prend sens lorsqu'on les rapporte aux visions des bâtisseurs, vantant l'engagement, la disponibilité et la proximité aux pauvres, ce qui paraît à leur sens contradictoire avec la qualification croissante des professionnels. En 2004, le rapport d'activité de l'association condamne encore davantage cette évolution :

« En 20 ans, si l'équipe a connu quelques... Comment dire?... métamorphoses, l'attachement initial à une culture de générosité et de convivialité, dans l'équipe et pour les personnes accueillies, est devenu un acquis... professionnel, une croyance en ces valeurs revendiquées, héritées d'un esprit du travail social d'alors, même si celui-ci pouvait sembler flirter quelque peu avec le "paternalisme" [...]. Et si le plaisir était un moteur tout aussi reconnu que le devoir. Et si la convivialité pouvait résister à la sur-professionnalisation qui aseptise les relations » (rapport d'activité, 2004).

Cet extrait éclaire l'opposition qui est pensée dans l'association entre une philosophie « *d'alors* », et la menace que représente la « *sur-professionnalisation* », entendue ici comme le recrutement de professionnels diplômés du travail social éloignés de l'esprit de « *générosité* » attendu. La professionnalisation suscite alors une forte méfiance – voire une réticence – en ce qu'elle viendrait détourner les professionnels du credo fondateur de l'association (Bregeon, 2008). Comme l'indiquaient déjà Jacques Ion et Jean-Paul Tricart en 1985, la question de la « *professionnalisation* » constitue un thème inépuisable parmi les travailleurs sociaux, pointant avec ferveur les troubles de l'identité professionnelle dans ces métiers aux contours flous (Ion, Tricart, 1985). Ici, la critique de la professionnalisation permet la revendication d'un savoir-faire du métier empirique, considéré comme étant trop éloigné des instituts de formation, qu'ils

jugent d'ailleurs désintéressés de la prise en charge des sans-abri. Cette frilosité quant à la qualification des professionnels constitue également une résistance à la concurrence que représentent les jeunes travailleurs sociaux diplômés. L'embauche de professionnels qualifiés agit en effet comme une rivalité, non seulement sur le plan des idées, mais également sur les perspectives d'évolution de ces salariés non diplômés. Cette opposition, qui perdure à certains égards, marque la fragilisation des acquis détenus jusqu'alors par un groupe professionnel peu qualifié.

Si peu d'animateurs ont finalement obtenu le DEFA, les références au métier d'animateur structurent néanmoins encore fortement le secteur étudié. En effet, les travailleurs sociaux se présentent toujours aujourd'hui comme des « animateurs sociaux », même lorsqu'ils détiennent d'autres diplômes du travail social. Dans les établissements où la part des professionnels non diplômés est importante, le fait que les diplômés se présentent par leur titre est même mal vu : alors qu'une éducatrice spécialisée regarde un document rédigé par son collègue diplômé moniteur-éducateur, elle lui lance à la fin de sa lecture : « *wouah comment tu te la pètes, tu signes "éducatrice"* ». De la même manière, Aline reconnaît qu'elle se présente rarement comme éducatrice spécialisée, trouvant ce terme « *pompeux* ». La norme de présentation est ainsi celle de lisser les différences de métiers et de statuts, et de se désigner sous cette appellation commune d'animateur. Ces éléments montrent que les travailleurs sociaux historiques continuent de définir pour partie les normes du milieu. Comme l'indiquent Jacques Ion et Bertrand Ravon : « ce sont sans doute les générations formées au cours de ces années de croissance qui continuent à définir l'image dominante des métiers du social » (Ion, Ravon, 2000, p. 34). Précisément, l'accès de certains héritiers à des postes d'encadrement garantit leur capacité à définir l'image dominante du métier.

4. *Les nouveaux héritiers ? Les jeunes hommes en centres d'hébergement*

Depuis les années 2000, le recrutement de professionnels diplômés augmente progressivement, les pouvoirs publics enjoignant les associations à recruter des professionnels qualifiés (Schlegel, 2022). Dans ce cadre, les hommes recrutés aujourd'hui s'avèrent tendanciellement plus qualifiés que les héritiers de l'histoire. Néanmoins, si l'embauche d'hommes diplômés est aujourd'hui souhaitée, cela est considéré comme particulièrement complexe par les chefs de service de l'association. Du fait de leur rareté au sein du travail social, ceux-ci ne vivent pas la concurrence du marché de l'emploi de la même manière. Étant particulièrement recherchés, y compris dans d'autres secteurs comme la protection de l'enfance

(Gaspar, 2012), ces hommes diplômés ont de nombreuses opportunités professionnelles. Ils ne restent alors souvent que peu de temps en centres d'hébergement, connaissant une mobilité professionnelle en dehors du secteur de l'insertion. C'est le cas de Louis, éducateur spécialisé de 26 ans, qui, après quelques années au CHRS des Rivières, va travailler au sein de la protection de l'enfance dans un service d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO). Lorsqu'ils détiennent un diplôme du travail social, comme Louis, les perspectives de ces travailleurs sociaux semblent s'élargir et dépasser le monde de l'hébergement social, auquel sont plus strictement cantonnés les hommes non diplômés.

La trajectoire de Théo est également éclairante. Théo, 35 ans, est éducateur spécialisé au centre d'hébergement pour femmes. Il a commencé à exercer comme aide médico-psychologique (AMP), après avoir échoué à l'obtention de son baccalauréat. Il exerce ensuite dans le secteur de la protection de l'enfance en tant que travailleur social non diplômé, puis réalise une formation d'éducateur spécialisé dont il ressort diplômé. Depuis quatre années, Théo a choisi de travailler auprès d'adultes. Lorsqu'il m'explique son parcours, il me dit qu'au fur et à mesure de sa carrière professionnelle, il gagne en confort. « *Avant je me prostituais* » explique-t-il, jugeant alors ses conditions de travail comme ayant été déplorables, marquées entre autres par le travail de nuit. Lors de ma période de terrain, il effectue encore des week-ends et des soirées, mais souhaite à l'avenir travailler uniquement en journée. Cette perspective d'évolution constitue la mobilité la plus fréquemment envisagée à l'écoute des travailleurs sociaux rencontrés. Depuis quelques mois, Théo dispense des enseignements en institut de formation en travail social et me dit envisager d'améliorer son confort professionnel en devenant éducateur spécialisé libéral. Finalement, quelque temps après ma période d'observation, Théo obtiendra un poste de chef de service au sein d'Envol. La trajectoire de Théo souligne ainsi les différentes perspectives qui s'offrent souvent aux hommes diplômés du travail social.

Les trajectoires des jeunes hommes en centres d'hébergement ne sont néanmoins pas toutes similaires à celles de Louis et Théo. Parmi ces jeunes professionnels, plusieurs d'entre eux sont racisés. Ces derniers, y compris lorsqu'ils sont diplômés du travail social, semblent maintenus plus durablement dans des conditions de travail précaires, comme le travail de nuit ou les remplacements. C'est le cas de Gaëtan, un homme noir de 29 ans travaillant au foyer du père Virgile. Gaëtan est issu d'un milieu populaire. Il m'explique en entretien qu'après son baccalauréat, il a travaillé en intérim et a également fait de l'animation, entretenant un bon rapport avec les enfants. Cette expérience lui donne envie de faire un métier « *où j'aidais les*

personnes », davantage que dans l'animation. Accompagné par des travailleurs sociaux dans son projet, il réalise une formation qui lui permet d'effectuer des stages dans le travail social. Il réalise alors l'un d'eux avec des enfants et adolescents en situation de handicap. Passé ce stage, le chef de service de cet établissement souhaite que Gaëtan reste. Il exerce alors comme faisant fonction d'éducateur durant deux ans. Encouragé par ce chef de service, il entreprend ensuite une formation de moniteur-éducateur en 2014. Il accomplit alors un premier stage en centre d'hébergement puis son second en protection de l'enfance, et obtient son diplôme de moniteur-éducateur (ME).

Il décide toutefois de ne pas travailler immédiatement à l'issue de l'obtention de son diplôme et, durant une année, prend « *du recul sur certaines choses* ». Lors d'autres conversations avec lui, j'ai appris qu'il a cessé toute consommation d'alcool durant cette année, et que ses fréquentations ont également changé. L'année suivante, il décide de travailler en CHRS en postulant à tous les établissements d'hébergement à proximité de chez lui. On lui propose alors de travailler comme veilleur de nuit au foyer du père Virgile. Bien que ce poste ne soit pas en adéquation avec son diplôme de ME récemment obtenu, il accepte, avec la perspective d'ensuite travailler de jour. Il restera six mois en tant que veilleur de nuit, puis basculera sur un poste en journée, au sein duquel il exerce depuis deux ans.

La trajectoire de Gaëtan souligne que des franchissements existent entre les fonctions de veilleur de nuit et de travailleur social, notamment pour les hommes racisés. La majorité d'entre eux, diplômés ou non, sont en effet passés par le travail de nuit. Adama, également ME, est resté lui aussi plusieurs semaines veilleur de nuit avant d'obtenir un poste précaire de remplaçant en journée. Il faut souligner que cette transition par le travail de nuit n'apparaît pas pour les hommes blancs diplômés du travail social. Sans être un point de passage obligatoire pour tous les hommes racisés diplômés, ces deux situations suggèrent tout de même une considération variable du diplôme au regard des assignations ethnoraciales des personnes qui le détiennent. Le passage par le travail de nuit semble alors constituer pour les recruteurs une manière de s'assurer de la professionnalité de ces travailleurs sociaux, sur lesquels le soupçon d'en manquer semble davantage peser.

Le recrutement de Gaëtan, comme d'Adama, s'inscrit dans un processus ancien de recrutement de travailleurs sociaux d'origine étrangère et/ou issus de milieux sociaux défavorisés, qui s'est initié dès les années 1980 dans le travail social (Jovelin, 2007). Le projet de ces recrutements consistait à la fois en la possibilité de faire accéder des jeunes à une mobilité professionnelle et parallèlement d'encourager de nouvelles pratiques en travail social,

basées sur une proximité supposée de ces travailleurs sociaux aux bénéficiaires dont ils s'occupent (Jovelin, 2007). À cet égard, des travailleurs sociaux racisés ont souvent été amenés à travailler dans des quartiers populaires urbains. Dominique Duprez les a ainsi nommés les « fixateurs de bandes » (Duprez, 1984, p. 64). Gaëtan ne s'oriente toutefois pas vers ce milieu et choisit au contraire expressément de travailler au sein du monde de l'assistance. Durant l'entretien réalisé avec lui, il m'explique que ce choix a largement surpris son entourage :

« Souvent des proches ils me disent : "Tu bosses où ?", je leur dis que je bosse là, "mais ce n'est pas là qu'il y a souvent des gars, des SDF tout ? Non tu travailles là-bas ?" et tu vois après forcément tu fais le rapprochement avec les drogues, l'alcool et eux ils connaissent mon tempérament tu vois, mais en tant que Gaëtan à l'extérieur, je suis pas le même, je suis pas professionnel si tu veux, et moi je suis quelqu'un de très, comment dire, je te largue plein de choses, tu vois mais j'ai été virulent à l'époque, on va dire, j'étais bagarreur si tu veux tout ça. Même des amis tout ça : "qu'est-ce que t'es devenu ? " ; " je suis devenu éducateur", "Toi ?! Tu travailles là-bas ? Comment tu fais ?" [rires]. Tu vois tout de suite... et bah j'ai évolué, j'ai changé, et puis j'aime ce que je fais, et puis après je leur fais comprendre ».

Gaëtan, moniteur-éducateur, 29 ans, Virgile

Le récit des étonnements de l'entourage de Gaëtan quant à son choix professionnel évoque le décalage entre sa personnalité et les attendus présumés du métier, notamment autour du contrôle de soi. Toutefois, on peut justement se demander si l'exercice de ses fonctions d'éducateur auprès de ce public qui semble si éloigné de son « *tempérament* » n'est pas la condition du maintien de sa posture professionnelle. Le travail auprès de ce public permet en effet à Gaëtan d'accentuer l'écart entre la personne qu'il est « *à l'extérieur* », et le « *professionnel* ». En ce sens, l'année de pause qu'il s'est accordée peut aussi être analysée comme une transition, lui permettant de mettre à distance ce qui aurait pu le rapprocher d'un bénéficiaire du travail social, avant de devenir lui-même un travailleur social.

Aujourd'hui, Gaëtan envisage d'arrêter le social et de « *se lancer seul, dans le commerce* », lassé des conditions de travail dégradantes du milieu. Il est néanmoins hésitant, puisque les chefs de service lui ont exprimé qu'ils ne souhaitaient pas le voir partir, au vu de la qualité de son travail. En outre, il a conscience de bénéficier d'une grande autonomie professionnelle et concède que « *c'est pas partout pareil* ». Le fait qu'il envisage de quitter sa carrière de travailleur social n'est pas anodin, car c'est une donnée rare concernant les hommes diplômés, dont j'ai montré que leurs diplômes occasionnaient des opportunités professionnelles. On peut alors se demander dans quelle mesure son assignation ethn raciale n'entrave pas ses possibilités d'accès à des postes à responsabilité. Plusieurs travaux

sociologiques ont souligné qu'au sein du travail social, les assignations ethnoraciales agissent en effet comme une présomption de compétence (Scheepers, 2019). Comme l'indiquent Élise Palomares et Élise Lemercier : « Les éducateurs et éducatrices minoritaires se voient attribuer la capacité intrinsèque et donc "naturelle", de comprendre, d'entrer en relation, ou encore de se faire respecter » (Lemercier, Palomares, 2020, p. 70). Gaëtan est en effet précisément reconnu pour sa capacité à gérer les hébergés et à calmer certaines situations délicates. En retour, on peut se demander si cette assignation ne freine pas ses possibilités d'accès à des postes à responsabilité.

Cette assignation ethnoraciale n'est toutefois pas le seul facteur qui peut expliquer les freins à la mobilité professionnelle de Gaëtan, car celle-ci se conjugue à son origine de classe. Cette double assignation le positionne à distance des tâches administratives et managériales, la qualité de contrôle de soi, attendue pour ces postes à responsabilité, ne lui étant pas reconnue. En cela, si les centres d'hébergement constituent bien des voies d'insertion professionnelle pour les travailleurs sociaux racisés et issus de milieux populaires (Jovelin, 2007), les possibilités de mobilités auxquelles ils peuvent prétendre semblent moindres, comparées à celles de leurs collègues blancs à niveau égal de diplôme. De ce point de vue, il faut également relever que l'on retrouve davantage d'hommes racisés dans les établissements réputés difficiles et prenant en charge les sans-abri considérés comme les plus à distance des standards de l'insertion comme la SRAS et le foyer du père Virgile. En outre, aucune fonction de chef de service n'est assurée par un professionnel racisé au sein de l'association.

Pour finir concernant les trajectoires masculines, il faut préciser que parmi les jeunes professionnels, tous ne sont pas diplômés. Même si ces jeunes hommes non diplômés sont aujourd'hui minoritaires, contrairement à leurs aînés, on retrouve dans leurs trajectoires et leurs discours des points communs avec les héritiers de l'histoire. C'est le cas d'Hugo, 24 ans, travailleur social non diplômé au foyer du père Virgile. Hugo, issu d'une famille de confession catholique, a reçu une éducation religieuse sur laquelle il se montre désormais largement critique. Il est socialisé depuis son enfance au « travail sur autrui » (Dubet, 2002), par le biais de son père, infirmier psychiatrique. Après son baccalauréat, Hugo entreprend des études d'assistant de service social. Il arrête au bout d'un an de formation car il a, suite à un stage, obtenu un contrat de travail au FPV et aspire à être indépendant financièrement. Après quelques semaines en tant que veilleur de nuit, il obtient un poste en journée. Bien qu'Hugo ne soit pas diplômé du travail social, contrairement à Gaëtan, il est moins longtemps maintenu à ce poste de veilleur de nuit. En bien des points, Hugo se rapproche de la figure des héritiers décrite plus

haut dans ce chapitre. Il vante un exercice du métier appris sur le tas, lié à l'expérience plus qu'aux diplômes. En outre, son milieu social et ses socialisations familiales font écho à celles des héritiers de ce milieu. Au sein de l'équipe du FPV, il est d'ailleurs dit d'Hugo que malgré son jeune âge, il dispose de cette « *fibres* » qu'ont les travailleurs sociaux historiques. La transmission du credo associatif continue ainsi de se perpétuer, notamment *via* des jeunes professionnels non diplômés, mais aussi par le biais des femmes comme je vais maintenant le montrer.

III. « *Un peu de douceur dans ce monde de brutes*¹ » : La féminisation des centres d'hébergement

Cette attention aux trajectoires masculines va dès lors permettre de mieux saisir le processus de féminisation qui s'est initié au début des années 2000 au sein d'Envol. Cette féminisation, entendue comme le « processus d'insertion des femmes dans une activité exercée par des hommes uniquement à un moment du temps » (Cacouault-Bitaud, 2001, p. 93), va permettre de renouer l'analyse à l'enjeu de la sanitarisation. En effet, « la féminisation n'intervient jamais dans un contexte stable et s'articule toujours à d'autres phénomènes de changement » (Le Feuvre, Guillaume, 2007 p. 12). À cet égard, j'ai déjà souligné que la professionnalisation de cette association était traversée par des tensions, notamment au sujet de la qualification à cette même période. Dans cette troisième partie, je vais m'intéresser à la manière dont ces différents processus que sont la qualification, la féminisation et la sanitarisation, s'articulent ensemble.

1. *Les pionnières : des femmes chez les hommes*

Les trajectoires des premières femmes ayant exercé au foyer du père Virgile et à la SRAS, soit dans des centres d'hébergement masculin, vont permettre d'éclairer les conditions de cette féminisation. Avant les années 1990, les femmes n'étaient pas totalement absentes au sein de Virgile, mais elles n'étaient pas salariées, comme je l'ai décrit dans la section précédente. Jean-François explique la non-mixité professionnelle de Virgile selon les termes suivants :

¹ Verbatim issu des notes d'observation. Propos tenu par Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, à Virgile.

« Mais il n’y avait pas de femmes, non, parce qu’on disait que ça ne le ferait pas quoi... À l’époque je ne sais pas, c’était trop dangereux ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

L’explication par le prisme de la dangerosité du travail, avancée par Jean-François, assoit les constats établis dans la partie précédente concernant la présumée capacité des hommes à faire face à la violence, et en miroir, l’impossibilité des femmes à s’y confronter. C’est en 1990 que je trouve de premiers éléments sur l’embauche d’une femme à Virgile. Cette année-là, un « *vestiaire habits* » est créé dans une optique de valorisation des hébergés, avec l’objectif de « *ne pas lui [leur] infliger le port de l’uniforme type du clochard*¹ » (rapport d’activité, 1990). Afin de mener à bien ce projet, un poste à mi-temps est créé par le biais d’un contrat emploi-solidarité (CES)². Durant l’histoire, le monde de l’assistance n’a cessé de recourir à ce type de contrats précaires pour assurer son fonctionnement. Concernant le recrutement, il est stipulé que « *le choix d’un personnel féminin a été fait à la demande de l’ensemble de l’équipe d’animation* » (rapport d’activité, 1990), sans que des raisons explicites ne soient données. Une femme de 36 ans est alors recrutée. Le rapport d’activité souligne qu’elle est titulaire d’un brevet de secourisme et qu’elle a une expérience d’ambulancière. Par l’intermédiaire de la question des vêtements, il est précisé qu’elle est alors amenée à accompagner des personnes au bain, mais aussi à prodiguer des « *soins légers (blessures, ulcères, gales et autres parasites)* » (rapport d’activité, 1990). Le rôle de cette femme dépasse donc l’enjeu des vêtements et concerne plus largement le rapport aux corps des accueillis. C’est alors un trait saillant du processus de féminisation qui se fait jour dès cette époque, par l’assignation des femmes recrutées à des tâches liées à l’hygiène et aux soins des hébergés. Des processus similaires sont ensuite repérables par rapport aux premières travailleuses sociales recrutées, comme Martine.

Martine exerce au sein d’Envol depuis 40 ans. Aujourd’hui proche de la retraite, elle m’explique son parcours en entretien : elle a obtenu son certificat d’études et a réalisé un apprentissage en coiffure. Elle a ensuite commencé à exercer au centre d’hébergement pour femmes de la CHN, à l’instar de l’ensemble de ces femmes que je qualifie de pionnières, en référence au fait que ce sont les premières professionnelles à avoir travaillé avec le public

¹ Cet uniforme type est détaillé de la manière suivante : « chaussures percées grand manteau sombre, écharpe de grosse laine et chapeau déformé. L’ensemble devant être à la fois le plus usé et le plus sale possible, bien sûr » (rapport d’activité, 1990).

² Créés en 1990, les CES sont des contrats favorisant l’insertion de personnes éloignées du marché du travail. Il s’agit d’un contrat de travail à durée déterminée (CDD) à temps partiel, dont la rémunération est en partie assurée par l’État.

masculin de l'association. Pendant 15 ans, Martine exerce « *aux ateliers* », c'est-à-dire avec les femmes hébergées, qui devaient à l'époque travailler au sein de l'établissement pour que soit garanti leur hébergement et qu'elles obtiennent un pécule. Elle encadre alors les femmes dans diverses tâches, et s'occupe avec elles, notamment, de laver et réparer les draps du foyer du père Virgile. Après 15 années dans l'association, Martine explique alors avoir « *envie de voir autre chose* » et entreprend une démarche de formation pour être ME. Elle explique cependant avoir douté de sa capacité à repartir en formation pour obtenir ce diplôme :

« Je n'avais pas trop confiance en moi, j'étais mariée, j'avais deux enfants, je me suis dit me lancer dans une formation... et puis je l'ai fait, donc j'ai fait moniteur-éducateur, une fois que j'étais dans la formation, j'ai regretté de ne pas avoir fait plus ».

Martine, monitrice-éducatrice, 59 ans, Le Relais

Martine indique aujourd'hui qu'elle aurait souhaité obtenir le diplôme d'éducatrice spécialisée, plutôt que celui de monitrice-éducatrice vers lequel elle s'est orientée. Cette formation de ME fut néanmoins l'occasion pour elle de quitter le public féminin, et de découvrir les établissements pour hommes :

« Quand j'étais en formation, j'ai eu un stage à faire de quatre mois, et comme on lavait les draps de Virgile, on les réparait et tout, et à l'époque c'était une horreur [rire], et donc j'en parlais, parce que moi je ne comprenais pas. J'étais un peu avec mes œillères à l'époque : "*comment ils peuvent se laisser comme ça ?*", on me disait : "*bah oui, mais ils picolent*", je disais : "*mais oui, mais ils ont qu'à arrêter de picoler !*". Tu vois j'avais un tempérament complètement différent de ce qui allait m'amener sur le terrain, et en fait en faisant mon stage à Virgile, j'étais une des premières du centre d'hébergement féminin à demander un stage à Virgile et en fait j'ai découvert la population homme avec tout ce que ça implique, et j'ai été subjuguée quoi. J'ai aimé ».

Martine, monitrice-éducatrice, 59 ans, Le Relais

Cet extrait décrit la rencontre de Martine avec la population masculine du FPV de l'époque. Du fait des cloisonnements entre les établissements, elle évoque ses représentations sur ce public qu'elle ne connaît pas, malgré ses 15 années de travail dans l'association. Curieuse de comprendre, entre autres, les raisons de la souillure des draps qu'elle lave, elle réalise donc un stage de quatre mois au foyer du père Virgile. Si elle précise qu'elle est une des premières professionnelles du centre d'hébergement pour femmes à y demander un stage, il faut ajouter qu'elle est plus largement une des premières femmes travailleuses sociales salariées à intervenir auprès de cette population masculine de la CHN. Elle parle alors de cette rencontre comme

d'une « *révélation* », et suite à la validation de son diplôme, elle obtient un poste dans un service destiné à faire du lien entre les personnes à la rue et les structures d'hébergement et d'accompagnement social, Le Relais. Ce poste l'amène à intervenir quasi quotidiennement au FPV, sans y être directement rattachée.

Les tâches qu'elle réalise au FPV sont spécifiques. Elle fait souvent prendre des bains aux hébergés et leur coupe les cheveux régulièrement, ayant acquis ce savoir-faire lors de sa formation initiale en coiffure. Auparavant, certains travailleurs sociaux prodiguaient déjà quelques douches auprès des hébergés, comme je l'ai montré dans la section précédente. Mais déjà, ce travail était en partie délégué aux infirmières bénévoles et sans doute à la femme salariée pour s'occuper du vestiaire. Par son arrivée au milieu des années 1990, Martine a considérablement structuré cette prise en charge de l'hygiène. Présente le matin et le soir à Virgile, elle s'occupe alors en moyenne de deux hébergés à chacune de ces tranches horaires.

Au même moment, la SRAS ouvre en 1995. Constatant rapidement les problématiques d'hygiène importantes des hébergés, il est envisagé de recruter une femme travailleuse sociale qui sera affectée à cet accompagnement spécifique. Catherine, travailleuse sociale non diplômée travaillant elle aussi depuis quelques années au foyer d'hébergement pour femmes, est alors embauchée sur ce poste. L'arrivée progressive des travailleuses sociales dans les centres d'hébergement pour hommes est alors rendue possible par la prise en compte des problématiques d'hygiène des hébergés qui monte en puissance au tournant des années 1990. Le processus de féminisation est alors lié, intrinsèquement, au processus de sanitatisation. Ces deux processus ne peuvent se saisir qu'ensemble, car c'est à la fois la considération plus importante accordée aux questions de santé qui légitime l'embauche de femmes, et dans le même temps, c'est leur assignation à certaines tâches qui contribue à visibiliser ces problématiques concernant le soin et l'hygiène des hébergés. « Le genre est un facteur important de compréhension de la médicalisation », indique Peter Conrad (1992, p. 222). Cependant, alors même que les enjeux de sanitatisation et de genre se conjuguent, ils restent très peu analysés ensemble dans les recherches sociologiques. Pourtant, on voit là que l'enjeu de la féminisation du monde de l'assistance est largement lié à celui de la sanitatisation.

Certaines pionnières sont embauchées officiellement pour prendre en charge l'hygiène des hébergés, comme Catherine. Plus souvent toutefois, cette assignation des femmes à ces tâches de soin est implicite et s'intègre dans un ensemble de tâches plus larges dans lesquelles les femmes seraient par essence particulièrement à l'aise. En 2002, le rapport d'activité du centre d'hébergement rural de la CHN pointe ainsi les vertus de la féminisation des équipes :

« Au niveau du personnel, la CHN a rompu sa crainte, particulièrement aux Érables, d'employer des animatrices sociales, notamment concernant la gestion, seules, des éventuels conflits. En effet, l'équipe s'est enrichie de deux animatrices à contrat à durée déterminée. Jouant sur un autre registre, les femmes sont bien perçues et souvent attendues avec impatience. Elles savent écouter différemment les confessions des personnes en mal-être, les "maux" d'amour exprimés, rétablir le dialogue, désamorcer les conflits. Le respect s'impose de lui-même. C'est évident, la féminité fait faire des blagues graveleuses. Dans le domaine de l'hygiène et de la santé, sa suprématie n'est plus à démontrer. Il est clair qu'un même message n'a pas les mêmes effets qu'il soit délivré par un homme ou par une femme » (rapport d'activité, 2002).

Au CHRS des Érables, ces travailleuses sociales ne sont pas spécifiquement embauchées sur des tâches liées à l'hygiène, mais en leur qualité de femmes, elles sont considérées comme ayant des compétences supérieures en la matière. D'autre part, on voit que le champ de leurs présumées compétences féminines dépasse les questions d'hygiène et de santé : « *elles savent écouter* », « *rétablir le dialogue, désamorcer les conflits* », est-il dit d'elles. Ce sont alors tout un ensemble de dispositions liées au *care* qui leur sont reconnues, impliquant empathie, disponibilité et compréhension d'autrui (Tronto, 2009 [1993]). Au prisme de cette lecture du *care*, il apparaît combien ces dimensions des préoccupations à autrui s'inscrivent dans une construction genrée des rôles en centres d'hébergement. Par exemple, il s'avère que c'est Catherine qui, à la SRAS, s'occupe invariablement d'organiser les fêtes d'anniversaire de chacun des hébergés.

On retrouve alors avec ces pionnières la même logique de « naturalisation des compétences » (Scheepers, 2019) qui concernait déjà les hommes. Ici, ce sont les dispositions féminines présumées à prendre soin et à s'occuper des corps qui sont naturalisées. À l'instar de l'analyse qu'établit Liane Mozère au sujet des assistantes maternelles et leurs présumées dispositions maternelles, ces compétences naturalisées ne disent pourtant pas tout des compétences implicites pour réussir, rester et évoluer dans ces métiers (Mozère, 2001). En effet, je n'analyse ici que les trajectoires des femmes qui sont restées dans l'association et que j'ai donc pu rencontrer. La consultation des rapports d'activité montre toutefois que d'autres femmes sont passées par la suite par ces centres d'hébergement masculins, mais qu'elles n'ont pas subsisté à ces postes. Sans données sur ces départs, il apparaît néanmoins que le seul fait d'être une femme ne constitue pas une condition suffisante pour leur maintien à ces postes, malgré l'*a priori* évidence de leurs compétences.

En analysant les trajectoires de celles qui sont restées, Martine et Catherine, il est intéressant de constater qu'elles sont très souvent décrites comme des femmes de caractère, ne se laissant pas faire, ni par leurs collègues hommes ni par les hébergés. Ainsi, celles qui ont pu évoluer et rester dans les centres d'hébergement pour hommes sont celles qui sont parvenues à mobiliser certaines ressources pour s'adapter à cet environnement masculin, en disposant notamment d'un tempérament affirmé. À l'instar des premières femmes travaillant comme conseillères financières à la Poste analysées par Nadège Vezinat, Martine et Catherine ont ainsi « adopté des comportements "masculins" » (Vezinat, 2013). Loin d'être des dispositions naturelles pour ces femmes, leurs trajectoires atypiques peuvent contribuer à éclairer leur acquisition de ces savoir-être distinctifs. Catherine a notamment vécu de longues années avec son mari et ses enfants en Roumanie, développant vraisemblablement durant cette expérience de fortes capacités d'adaptation. Elle divorce de son mari à son retour en France, ce qui la conduit d'ailleurs à postuler au centre d'hébergement pour femmes avant de travailler à la SRAS. Détachée de certaines charges conjugales et familiales – ses enfants sont grands –, Catherine fait preuve d'un investissement fort au travail. Elle respecte alors les normes masculines de l'engagement et de la disponibilité au travail (Vezinat, 2013). En outre, Martine et Catherine ont accédé à ces postes alors qu'elles étaient âgées entre 35 et 40 ans, cette avancée en âge constituant vraisemblablement une condition sous-jacente à leurs embauches.

D'une certaine manière, ces femmes peuvent alors être considérées comme des femmes « exceptionnelles » (Le Feuvre, Guillaume, 2007). Il ne faudrait toutefois pas restreindre l'étude du processus de féminisation à ces dernières. En somme, il faut noter qu'une partie importante des femmes de cette génération sont restées travailler au centre d'hébergement pour femmes, évoluant sur différents postes au sein de cet établissement. Bien que les trajectoires de ces pionnières soient singulières, elles permettent toutefois de saisir les attendus et conditions implicites de la féminisation progressive de ce bastion masculin.

Ces pionnières sont aujourd'hui à la retraite ou en voie de l'être. Si on peut les rapprocher de la figure des héritiers masculins au regard de leur âge et de leurs années d'expérience, il faut préciser qu'elles sont d'abord bien moins nombreuses que ces hommes. Ensuite, elles sont plus diplômées du travail social que les hommes des mêmes classes d'âge. Elles n'ont pourtant pas accédé aux postes de chefs de service, contrairement à une frange des héritiers. On peut alors supposer que les hommes, de surcroît lorsqu'ils possédaient un capital scolaire, ont connu « d'invisibles pressions de soutiens pour monter en grade, en miroir de ce que vivent les femmes qui se heurtent au "plafond de verre", des barrières inapparentes, mais

bien présentes qui empêchent leur promotion » (Rey, 2020, p. 4). C'est en effet un « escalator de verre » que connaissent les hommes diplômés au sein du monde de l'assistance, accentuant les écarts entre les hommes et les femmes dans le rapport à la promotion professionnelle (Pochic et al., 2019, p. 64). Aujourd'hui, quelques femmes sont devenues cheffes de service. Elles sont toutefois plus jeunes, et souvent doublement diplômées du travail social et de l'université¹.

Si c'est au milieu des années 1990 que la féminisation des équipes des centres d'hébergement pour hommes s'amorce, il s'agit d'un processus lent. En 2010, au foyer du père Virgile, le rapport d'activité renseigne que l'effectif est composé de plus de trois quarts d'hommes. La première éducatrice faisant partie intégrante de l'équipe éducative, et qui est restée à ce poste, Aline, est arrivée à Virgile en 2001. Toutefois, elle occupe un poste particulier au sein de Virgile, ce qui contribue initialement à la tenir à distance de l'équipe des travailleurs sociaux. En entretien, elle explique combien elle était alors esseulée :

« Mais j'étais très isolée, je ne devrai pas dire ça parce que c'est même vexant... mais ils ont oublié les chambres individuelles et doubles, tellement c'était, j'allais dire j'étais oubliée, mais à travers moi c'était surtout les 18 personnes qui étaient oubliées, et on était complètement oublié [...]. Et donc je ne faisais pas du tout partie... donc j'étais dans l'équipe sans être dans l'équipe ».

Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

Aline est embauchée sur un poste où elle réalise un travail d'accompagnement individualisé, à la différence de ses collègues hommes. Plus diplômée, elle a ainsi un rôle à part. Aline ne fait alors qu'une soirée par semaine, ce temps institutionnel étant réputé comme particulièrement rude pour les femmes. L'isolement qu'elle décrit montre les conditions concrètes de la féminisation progressive de ces établissements, qui s'est opérée à la condition de l'embauche de femmes sur des postes spécifiques. Portant d'abord sur l'hygiène, puis sur le travail d'accompagnement individuel, ces postes spécifiques se rapportent à des tâches socialement construites comme féminines, comme le soin à autrui et l'écoute. Aussi, si une féminisation a bien lieu, celle-ci s'opère initialement sous la prudente condition d'une distinction des tâches entre les femmes et les hommes. Ces constats rejoignent ceux établis par Sabine Fortino concernant la mixité au travail. En s'appuyant sur différentes études, elle montre que lorsque des professions majoritairement féminines ou masculines deviennent plus mixtes,

¹ L'une détient une licence en histoire, et une autre un master de l'enseignement, de l'éducation et de la formation (MEEF) en parallèle de leurs diplômes du travail social.

la division sexuée du travail se déplace plus qu'elle ne disparaît (Fortino, 2002). Alors, si la féminisation des équipes se développe progressivement, elle est corrélée à une division genrée du travail.

La situation d'Aline souligne également les effets conjugués du genre et du diplôme. Aline est isolée parce qu'elle dispose de compétences spécifiques liées à son diplôme, mais sans ce celui-ci, on peut douter du fait qu'elle aurait été recrutée sur un poste similaire à ses collègues masculins. Aux prémices de la féminisation de l'association, le diplôme joue alors comme une condition des embauches féminines. En effet, les organismes de tutelle encouragent l'embauche de professionnels diplômés du travail social. Cette injonction va soutenir l'embauche des femmes, plus nombreuses à être diplômées du travail social. En retour, ces dernières vont devenir des actrices centrales de la professionnalisation du travail social (Bessin, 2009).

Aujourd'hui, les chiffres montrent qu'il y a globalement autant de femmes que d'hommes travailleurs sociaux dans l'association. Étant entendu que la mixité ne dit pas tout, il va s'agir de regarder la prégnance de logiques genrées quant au rapport au travail, à la fois en termes de dépassements et de permanences (Le Feuvre, Guillaume, 2007). De plus, à l'échelle des établissements, certaines équipes demeurent des bastions féminins, comme le centre d'hébergement pour femmes, et d'autres des bastions masculins, comme la SRAS. Pour poursuivre l'analyse sur la féminisation et ses enjeux contemporains, il va donc s'agir de s'intéresser aux trajectoires des femmes récemment embauchées.

2. Vocation et diplôme, des logiques genrées

Une part importante des recrutements réalisés désormais aboutissent à l'embauche de femmes de moins de 35 ans, diplômées du travail social. J'entretiens avec elles une proximité qui a marqué la recherche, ayant souvent noué des liens amicaux avec ces éducatrices partageant des dispositions similaires aux miennes. Outre la proximité d'âge et de genre, une proximité scolaire a renforcé nos affinités, ces dernières ayant généralement réalisé une formation d'éducatrice spécialisée, mais étant aussi souvent passées par l'université, et parfois même par la sociologie. Cette proximité a contribué à symétriser nos relations et à affaiblir le soupçon sur mes intentions du fait de leur socialisation à la démarche universitaire.

On retrouve cette socialisation universitaire dans la trajectoire de Camille, éducatrice spécialisée de 31 ans qui travaille au CHRS des Rivières depuis un an. Camille vit à la campagne avec son conjoint et leurs deux enfants. Ce dernier est musicien et réalise

actuellement une formation pour être ambulancier. Elle précise d'ailleurs que cette formation « *se rapproche* » de son travail d'éducatrice. Fille de deux enseignants, Camille est issue d'une fratrie de trois sœurs, dont l'une est éducatrice et l'autre médecin. Camille passe le concours d'éducatrice spécialisée l'année de son baccalauréat. Ne l'obtenant pas, elle entre à l'université et fait deux années de licence de sociologie, puis une troisième en sciences de l'éducation. Durant ses études, elle effectue des remplacements comme faisant fonction d'éducatrice dans différents établissements et obtient alors le concours d'éducatrice spécialisée à l'issue de sa licence. Elle réalise ensuite ses trois années de formation en suivant un double cursus d'éducatrice spécialisée, et d'administration économique et sociale (AES). Elle est donc titulaire de deux licences et d'un diplôme d'État à 24 ans.

Le passage par l'université est fréquent pour ces femmes issues des professions intermédiaires du social, du paramédical ou encore de l'enseignement. Si certains travailleurs sociaux entretiennent un rapport à l'université marqué par la peur de l'échec et la difficulté (Gaspar, 2012), celui de ces femmes rencontrées est tout autre. Ces années universitaires apparaissent en effet comme des moments de maturation et de précision de leur choix professionnel, dans un contexte où leur milieu familial les a précisément socialisées au travail sur autrui (Dubet, 2002).

Au regard des autres travailleurs sociaux dont j'ai décrit plus haut les trajectoires, ces jeunes femmes entrent plus tôt en formation et dans le métier. Loin d'être marqué par la bifurcation, le récit de leur trajectoire d'accès aux métiers du social se rapproche davantage d'une rhétorique vocationnelle. La « vocation » trouve son efficacité, indique Jean-Claude Passeron, dans son implantation dans des cultures de groupe (Passeron, 1989, p. 17). Au sein du travail social, la question de la vocation a largement été traitée (Iori, Nicourd, 2014), au point d'être parfois considérée comme une condition *sine qua non* de l'engagement dans ce groupe professionnel. Néanmoins, Claude Dubar a favorisé la déconstruction du discours vocationnel au sujet des éducateurs spécialisés dès les années 1970 (Dubar, 1970). Appliqué au monde de l'assistance, un premier pas de déconstruction de ce discours tient au fait que tous les professionnels ne recourent pas à cette rhétorique de la même manière.

En l'occurrence, les jeunes femmes rencontrées s'avèrent particulièrement enclines à mobiliser ce discours, insistant sur la cohérence, la logique et l'ancienneté de cette orientation professionnelle (Muel-Dreyfus, 1983 ; Iori, Nicourd, 2014). À cet égard, Camille explique avoir choisi le travail social dès le lycée. Lola, éducatrice spécialisée de 28 ans, retrace elle aussi son choix avec cette antériorité. Elle n'est pas héritière des métiers relationnels comme l'est

Camille. Aujourd'hui à la retraite, la mère de Lola était ouvrière dans une usine de sérigraphie et son père était employé au département des ponts et chaussées. Son demi-frère travaille dans une entreprise de canalisations d'eaux usées. Elle est en couple depuis près de dix ans avec son conjoint qui est généalogiste. Dans l'entretien, elle précise que personne dans son entourage proche ne connaît le social. Bien que méconnaissant ce secteur d'activité, elle explique combien son désir de travailler dans le social est ancien :

« Ça m'est venu au lycée, une des amies que j'avais était persuadée depuis plusieurs années qu'elle voulait devenir éduc spé et quand je me suis intéressée, je me suis dit ouais, moi je veux bien faire ça. Et après c'est allé super vite, parce que ça c'est une conversation que j'ai dû avoir en terminale, j'ai passé le concours la même année, je l'ai eu et je suis rentrée dans l'école. Après je n'ai jamais trop réfléchi, mais j'ai quand même toujours un peu été vers les autres. Quand j'étais toute seule et que je jouais, j'aimais bien avoir un agenda, et je jouais plus ou moins au médecin ou au travailleur social, je leur disais ouais ouais je vais vous aider, je faisais des comptes sur ma calculatrice, donc je pense qu'il y avait quand même un peu quelque chose ».

Lola, éducatrice spécialisée, 28 ans, Virgile

Lola trouve ainsi du sens à son choix professionnel au regard de son comportement d'enfant, rapprochant par là sa trajectoire à une forme de vocation. Loin d'être une disposition naturelle de correspondance au métier, Charles Suand montre que la vocation est bien plus une « intériorisation progressive d'un projet de vie » (Suand, 1975). Cette vocation se construit alors pour Lola autour de ses dispositions relationnelles et de sollicitude. En creux, cela rejoint également les analyses montrant que les formations en travail social invitent les étudiants et étudiantes à reconstruire leur histoire afin de donner de la cohérence à leur trajectoire (Gaspar, 2012 ; Iori, Nicourd, 2014). Comme pour Lola qui explique avoir toujours joué « *au médecin ou au travailleur social* », les expériences passées sont réinterrogées afin de donner une profondeur et une historicité à leur trajectoire. Le passage par une formation qualifiante semble alors impacter le rapport au métier entretenu. Étant très majoritairement diplômées du travail social, le mode de présentation vocationnel de ces femmes rencontrées doit alors être rapproché du fait qu'elles sont passées par un institut de formation, à la différence de nombreux hommes du monde de l'assistance.

Mais au-delà des logiques genrées du discours vocationnel qu'avait déjà repéré Francine Muel-Dreyfus (1983), il faut pointer que Jean-François tient lui aussi un discours proche de ce registre, expliquant avoir « *toujours voulu faire ça* ». On peut alors supposer que la socialisation primaire de Lola comme de Jean-François, considérablement éloignée du travail social, les

invite à reconstruire leur trajectoire d'accès au métier par le prisme de la vocation. C'est ce que relèvent Ruggero Iori et Sandrine Nicourd, en indiquant que le discours vocationnel « peut aussi résoudre les contradictions d'une histoire sociale en établissant de la continuité et de la cohérence, là où il pourrait y avoir discontinuités et dissonances, chez tous ceux, en particulier, qui ont connu des trajectoires de promotion sociale ou de déclassement » (Iori, Nicourd, 2014, p. 104). Si leurs origines sociales les éloignaient *a priori* de ces métiers du social, le registre vocationnel donne finalement un cadre dicible à leur ascension sociale. Cette mobilité sociale est alors présentée comme une adéquation de leur métier à leurs dispositions.

Il faut enfin noter que les femmes non diplômées du travail social sont très peu nombreuses dans les centres d'hébergement. Celles que j'ai pu rencontrer sont soit des professionnelles proches de la retraite et exerçant au centre d'hébergement pour femmes de longue date, soit des jeunes femmes remplaçantes ne disposant pas de contrat de travail stable. Ainsi, il s'avère que toutes les femmes disposant d'un contrat de travail pérenne, exerçant auprès d'hommes, sont titulaires d'un diplôme en travail social au moment où l'enquête est menée. Les diplômés du travail social constituent-ils alors un attendu spécifiquement féminin au sein du monde de l'assistance, et en particulier dans les établissements destinés aux hommes ? L'ethnographie m'a permis de suivre plusieurs recrutements. Lors de l'un d'entre eux concernant un CDI à Virgile, les chefs de service avaient annoncé leur souhait d'embaucher un homme, diplômé ou non, pour que l'équipe ne soit pas « *trop féminine* ». Toutefois, les recruteurs se sont heurtés à une faiblesse de candidatures masculines, rendant impossible le recrutement envisagé. Ils ont alors engagé Lola, dont l'embauche s'est légitimée par son fort capital scolaire. Elle est en effet présentée comme ayant « *beaucoup de diplômes* », étant éducatrice spécialisée et ayant également un Diplôme Universitaire (DU) en addictologie. Les diplômes semblent donc bien constituer une des conditions des embauches féminines, particulièrement lorsqu'elles sont amenées à travailler auprès d'hommes¹. Si l'attendu du diplôme est moindre pour les hommes, il opère toujours aujourd'hui davantage pour les femmes comme un impératif, sous-tendant encore l'idée que les hommes seraient par essence plus aptes à s'occuper des sans-abri.

¹ Dans d'autres secteurs d'activité, comme le domaine bancaire par exemple, les femmes sont aussi tendanciellement plus diplômées que les hommes (Vezinat, 2013).

3. Être disposée à prendre soin

Au-delà de la question du diplôme, il convient également de s'intéresser aux dispositions de ces femmes qui travaillent dans ce secteur. Au sens de Bernard Lahire, les dispositions diffèrent des compétences (Lahire, 2002). Ce concept permet d'éviter l'écueil de la naturalisation de la notion de compétence que j'ai soulevé plus haut. Bernard Lahire insiste en effet sur l'importance de tenir compte du passé et de la socialisation des acteurs pour comprendre leurs dispositions (Lahire, 2002, p. 10). De surcroît, il insiste sur la dimension multiple de ces dernières, critiquant les analyses sociologiques postulant d'une identité unique. Les dispositions sont donc à entendre au pluriel, en tant que ressources incorporées, transposables, cultivées et attendues selon des contextes variables (Lahire, 2002). Les dispositions reposent, selon Bernard Lahire, sur trois formes de socialisations, que je vais reprendre dans cette sous-partie : la socialisation par inculcation, par entraînement, et silencieuse.

En s'intéressant aux trajectoires des professionnelles exerçant aujourd'hui en centres d'hébergement, il apparaît que nombre d'entre elles ont été socialisées à la dimension du soin, notamment dans l'enfance. Cela correspond à la socialisation par inculcation (Lahire, 2002). Elles ne sont ainsi pas rares à me faire part d'un rapport positif à l'univers hospitalier, qu'elles ont fréquenté dans leur enfance par le biais de leurs parents. Morgane m'explique ainsi que sa mère est aide-soignante en gynécologie, et poursuit :

« Je traînais au CHU [centre hospitalier universitaire] petite, mais un truc de fou, j'adorais ça. Et c'est vraiment pas, et pourtant j'ai eu des expériences très très compliquées avec les hôpitaux, mais pour autant ça m'a pas refroidie du tout. Moi j'assistais aux relèves et tout, ah ouais c'était génial. Même des fois avec mon père quand j'étais petite, on rejoignait ma mère au travail, et bon c'est pas bien, mais du coup moi je montais [dans le service]. Je te parle de ça, j'avais 5 ans, c'était pas la même époque, et ça m'a jamais effrayée. Bon après elle m'a jamais fait assister à des choses... Elle m'avait montré un bloc quand j'étais plus grande par contre. Et puis du coup gamine j'avais des trousseaux de médecin avec des trucs de fou, des trucs trop bien. Ouais non moi j'ai un bon lien avec, ça ne me pose vraiment pas de soucis ».

Morgane, éducatrice spécialisée, 26 ans, CHRS des Rivières

Dans la trajectoire de Morgane, comme dans de nombreux autres récits de travailleuses sociales rencontrées, l'univers hospitalier rappelle des souvenirs d'enfance et met à l'aise ces professionnelles. On ne retrouve pas uniquement ces récits dans les trajectoires de femmes. Renaud, éducateur spécialisé, me dit concernant l'hôpital psychiatrique : « *je me sens bien*

quand je vais là-bas ! », y ayant passé ses Noël et jours de l'An car ses parents y travaillaient. Cette socialisation par inculcation témoigne d'une représentation symbolique positive concernant le monde médical.

Cette socialisation à l'univers hospitalier durant l'enfance s'est parfois vue doublée d'une socialisation professionnelle à la pratique des soins, correspondant à la socialisation par entraînement (Lahire, 2002). C'est le cas de Charlotte, aujourd'hui éducatrice spécialisée, qui a exercé en tant qu'agent de service hospitalier (ASH) dans un établissement pour personnes en situation de handicap, dans lequel sa mère exerce en tant qu'éducatrice :

« J'étais AMP, enfin non même pas, ASH, parce que j'étais même pas diplômée. Donc c'est agent de service hospitalier, ouais quelque chose comme ça. Et là c'était vraiment ouais les actes de la vie quotidienne, les douches, donner les repas, mais j'étais encore avec des hommes ».

Charlotte, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

Parmi les jeunes femmes rencontrées, certaines évoquent d'ailleurs avoir hésité à s'engager dans des métiers du soin, et notamment celui d'infirmière. Les carrières de ces travailleuses sociales côtoient ainsi régulièrement les frontières du monde sanitaire. C'est également le cas de Lola, qui explique avoir été sauveteuse en mer durant toutes les années où elle était étudiante :

« Avant toute ma carrière d'éduc, quand j'étais étudiante, j'étais sauveteuse en mer. Du coup pour le faire il faut passer plusieurs épreuves auprès des sapeurs-pompiers, donc en fait tout ce qui est gestes de premières urgences ou les premiers trucs, enfin, ce qui est sang ou crise d'épilepsie je sais à peu près gérer. Je n'aime pas ça si tu veux, mais je vais y aller, je ne vais pas trop avoir de crainte ou quoi ».

Lola, éducatrice spécialisée, 28 ans, Virgile

Lola corrèle cette expérience de sauveteuse en mer et ses dispositions à « gérer » les situations au FPV nécessitant des soins. Bien que ces tâches ne la réjouissent pas, comme les douches notamment, elle me précise avoir les ressources pour les accomplir. À l'instar des constats établis par Bernard Lahire, les dispositions n'entraînent pas nécessairement d'appétences, Lola soulignant en effet qu'elle « *n'aime pas ça* » (Lahire, 2002).

À nouveau, cette socialisation secondaire aux soins ne concerne pas uniquement les femmes. Théo, dont j'ai évoqué la trajectoire dans la partie précédente, a commencé à travailler comme aide médico-psychologique (AMP) avec sa mère, elle-même AMP de métier. Bien que le monde de l'assistance transparaisse comme particulièrement viriliste, un nombre notable

d'hommes y exerçant s'avèrent socialisés aux soins, notamment par leur entourage féminin (Guichard-Claudie, Kergoat, Vilbrod, 2009). Ces dispositions, particulièrement appréciées par les recruteurs de l'association, expliquent en partie cette présence considérable de travailleurs sociaux ayant auparavant travaillé dans la sphère élargie du soin. Après m'avoir dit qu'il regrettait la réticence de certains travailleurs sociaux à faire prendre des douches aux hébergés, ce chef de service me précise en entretien :

« Quand on recrute, on recrute sur un profil où la personne elle est éduc, normalement elle a des compétences techniques dans l'accompagnement social, elle sait ce que c'est un DALO [droit au logement opposable], machin, donc ça c'est son métier, son cœur de métier. Ce qu'on va chercher, la plus-value, ça va être justement dans, est-ce que dans ce qu'elle a fait avant, si elle a travaillé avec des personnes âgées, est-ce qu'elle a un diplôme en addicto, est-ce qu'elle a une sensibilité particulière à... enfin bref... enfin par exemple, si on avait le choix dans les CV [curriculum vitae] avec une super expérience à l'ASE [aide sociale à l'enfance], c'est pas forcément le profil qu'on recrute.

Chloé : Mais quelqu'un qui a par exemple été aide-soignant ou ASH à l'hôpital... ?

Oui oui, ça c'est plus intéressant pour nous. Parce que ça correspond plus au métier aussi. Donc ouais, donc c'est des compétences qui doivent être peut-être intrinsèques dans la posture, une vigilance ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Ce détour par les enjeux du recrutement montre que les dispositions à accepter de mener des tâches de soins, potentiellement ingrates et peu valorisantes, font partie des critères de sélection. Ces éléments renvoient d'ailleurs à mes propres expériences de recrutement au sein d'Envol. Alors moi-même éducatrice spécialisée en recherche d'un poste de remplacement estival, il m'a été dit en entretien d'embauche que mon expérience antérieure de personnel d'entretien en centre de vacances était un élément très favorable de mon CV. En effet, le chef de service m'a indiqué que forte de cette expérience, je ne serais pas réticente à exécuter des tâches de nettoyage, non seulement vis-à-vis des hébergés, mais également des locaux en cas de besoin. Ce dernier aspect renvoie alors à la socialisation « silencieuse » analysée par Bernard Lahire, car elle se fonde sur un univers de normes et de classements implicites (Lahire, 2002). En l'occurrence, ces dispositions aux soins – constituant des ressources professionnelles légitimes – représentent des critères d'embauche déterminants, mais néanmoins non officiels.

L'attention portée à ces dispositions aux soins lors des recrutements s'explique, selon les chefs de service, par la crainte d'embaucher des professionnels qualifiés, qui refuseraient de

réaliser ces tâches liées à l'hygiène des hébergés. La qualification croissante des professionnels est en cela appréhendée comme une potentielle menace pour la bonne réalisation de ces tâches, estimées par les héritiers du credo associatif socio-sanitaire comme étant au cœur du métier :

« Très honnêtement ça serait mal venu [de refuser de faire une douche], moi je le prendrais mal, ils oseraient pas, parce qu'ils savent que s'ils le font pas... Enfin c'est pas dans nos mœurs. Ça s'est fait hein, enfin il y a eu des choses qui ont été violentes, pour les collègues, parce qu'il y a eu des refus fermes, mais des refus de travailler en fait, parce que pour moi, refuser un soin, c'est refuser le travail, c'est pas parce que non t'es éduc, donc tu vas pas le faire, mais je te demande de le faire quand même. T'es à Virgile, tu dois le faire, ça fait partie du truc. Si tu refuses, on va devoir se fritter quoi [...]. C'est pas écoutez, l'autre de toute façon il est plein de merde, non c'est pas mon boulot [...]. Et alors ça peut être pensé, mais ça n'est pas dit, parce que ça serait indécent de mon point de vue, ça serait m'insulter que de me dire... parce que ça veut dire, t'as qu'à le faire, et que je l'ai déjà fait, ça m'est déjà arrivé de faire un soin ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

« *Ça fait partie du truc* », « *t'es à Virgile, tu dois le faire* », « *refuser un soin c'est refuser le travail* » ; ces verbatim illustrent avec une grande éloquence l'importance qu'occupent ces tâches relatives aux soins d'hygiène au sein de l'association, en écho à son credo socio-sanitaire. L'importance accordée à ces tâches a partie liée avec la fidélité aux origines de l'association, comme l'indique Harold qui souligne que cela ne fait pas partie des « *mœurs* » que de refuser de faire prendre une douche à un hébergé. En embauchant des professionnels diplômés, les chefs de service, garants de cet héritage, craignent une recrudescence de ces refus de réaliser des soins, dans la mesure où ces derniers peuvent s'estimer ne pas être formés à ce type de tâches, décalées de leur diplôme. Aussi, recruter des professionnels diplômés, s'avérant majoritairement des femmes, précisément disposées à réaliser ce travail autour du soin, permet de s'assurer de sa bonne réalisation. Perçues comme menaçantes par leurs diplômes, ces femmes se voient d'une certaine manière rappelées à l'ordre du genre, soit au fait qu'elles doivent réaliser des tâches liées aux soins. Cette rhétorique fait alors écho aux assignations des pionnières à des tâches particulières, et montre la réactualisation de cette condition dans la féminisation du secteur.

4. *Neutraliser le genre ? Des jeunes femmes pas trop féminines*

La féminisation du monde de l'assistance est par ailleurs conditionnée à des codes corporels et vestimentaires au sein des établissements. Les codes socialement construits de la

féminité, comme le maquillage, le port de robe, de talons ou de vêtements moulants, sont considérés comme déviant des normes d'apparence du milieu. Une professionnelle rencontrée lors des observations m'a ainsi dit qu'à son arrivée dans l'association, elle n'avait « *pas le style* », car elle venait en jupe, ce qu'elle ne fait désormais plus. Il m'a également été relaté qu'une stagiaire était arrivée avec des chaussures à talons et « *très apprêtée* », ce qui avait été jugé comme particulièrement inadapté. L'attitude corporelle attendue pour les femmes, et à fortiori pour les jeunes femmes, consiste à euphémiser certains codes construits comme féminins. Moi-même consciente de ces attendus implicites, j'ai adhéré à ces codes esthétiques pour la réalisation du terrain, afin d'optimiser mon intégration. J'avais en effet conscience des attentes en termes de discrétion et de neutralité attendues dans la présentation de soi. J'ai donc opté pour le port d'un jean, d'un pull, de baskets et d'un manteau, toujours le même, me permettant d'être facilement identifiable. En outre, j'ai opté pour pas ou peu de maquillage, n'ai pas mis de vernis ni bijoux apparents. L'attitude corporelle adoptée a ainsi consisté à euphémiser les codes construits comme féminins. Comme l'indique Sylvie Monchatre, les enjeux du genre se reconfigurent au sein des milieux professionnels : « le genre structure les organisations qui en retour, façonnent le féminin et le masculin » (Monchatre, 2018, p. 12). Les jeunes femmes qui restent sont alors celles qui s'avèrent, entre autres, avoir saisi et s'être adaptées aux codes attendus du féminin dans ces espaces.

Concernant celles qui ne sont pas restées, il est fréquent que leur présentation corporelle et esthétique soit avancée comme un argument explicatif de leur incompétence. C'est le cas d'une cheffe de service que je n'ai pas connue. Considérée comme peu habile à ce poste, la présentation corporelle et esthétique de cette femme sert fréquemment d'argument pour assoir son illégitimité : « *elle venait en mini-jupe* », « *on voyait ses fesses* ». Lors d'une autre situation, au milieu du mois de juillet, une conversation a lieu au sujet d'une professionnelle qui en amont faisait déjà l'objet de certaines critiques par ses collègues. Ce jour-ci, les professionnels disent d'elle qu'il est inconvenant de s'habiller comme elle le fait, « *en robe de plage* ». Dans ces critiques, c'est toujours l'excès de dévoilement qui est mis en avant, étant alors rapproché à une forme de vulgarité (Lett, 2016). Ce n'est pas tant le manque de praticité de ces tenues qui pose problème, que le fait que cette présentation esthétique fasse l'objet d'une sexualisation. David Le Breton analyse en effet que les femmes s'avèrent assignées à des normes de beauté strictes, présentant une part d'ambivalence : « vouée à la séduction, la femme est souvent punie à cause d'elle » (Le Breton, 2010, p. 7). Au sein du monde de l'assistance, cette sexualisation opère

comme une disqualification majeure des professionnelles, car cette assignation péjorative constitue une menace de la rupture de la distance professionnelle attendue avec les hébergés.

Échapper à cette sexualisation – dont le marquage s'avère difficilement effaçable – constitue un enjeu pour les femmes ayant saisi ces codes. C'est ainsi qu'elles s'adaptent et renoncent à mettre certains vêtements, comme Charlotte qui m'explique aimer porter des robes, mais se l'interdisant pour travailler à Virgile. Les femmes plus âgées comme les pionnières, ou encore une femme cheffe de service – dont la légitimité à ce rôle lui est collectivement reconnue – s'émancipent en partie de ces attendus. Ces dernières portent régulièrement des jupes et même des talons. Malgré cela, ces femmes ne font aucunement l'objet d'une sexualisation. Le dépassement du risque d'une assignation sexualisée semble alors conditionné à une reconnaissance symbolique et collective de leur professionnalisme, s'acquérant avec le temps. En revanche, les transgressions à ces codes et ses étapes implicites font l'objet d'une disqualification des femmes, et particulièrement des jeunes. En l'état, ces analyses suggèrent que la légitimité des femmes au sein du monde de l'assistance est loin d'être acquise à leur embauche, mais qu'elle se conquiert avec le temps.

Cette menace de la sexualisation fait l'objet de résistances de la part des femmes, présentant souvent d'elles-mêmes une capacité à faire face à la rudesse du milieu. Plusieurs éducatrices m'ont ainsi expliqué avoir eu une expérience antérieure en Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), des établissements réputés comme exposant particulièrement les professionnels à la violence. Lors d'une conversation au CHRS des Rivières, trois éducatrices spécialisées m'ont indiqué que leurs expériences dans ce type d'établissement étaient particulièrement bénéfiques – voire indispensables – pour travailler en centre d'hébergement. Par la présentation de cet ethos endurent, voire combatif, l'enjeu est pour ces femmes de s'extraire des stéréotypes de genre « afin de s'imposer à leurs collègues hommes comme leurs égales » (Zolésio, 2009, p. 126). Nombre d'entre elles présentent leur rapport au métier en affirmant ne pas avoir peur : Morgane, éducatrice spécialisée, explique ainsi que « *si t'as peur pour toi quand t'as un conflit, je pense que c'est compliqué de bosser ici* ». Au CHRS des Rivières, alors que le dispositif des LAM s'installe dans le même bâtiment, la question de la peur a justement été largement abordée. Au sein du CHRS, les infirmières et les AES des LAM sont appréhendées comme celles qui sont dans la crainte, cette émotion étant considérée comme faisant obstacle à une bonne posture professionnelle. En contraste, les femmes du CHRS ont affirmé leur propre capacité à tenir et à faire preuve de courage face à des situations pourtant violentes. Ainsi, à l'instar des services de réanimation décrits par Thomas Denise, les

émotions valorisées dans ce milieu se rapportent à une forme de virilité vantant le courage et la capacité de résistance (Denise, 2018, p. 270).

Le passage par Virgile constitue également une manière pour les femmes d'asseoir leur légitimité dans ce secteur. Je l'ai déjà évoqué : le foyer du père Virgile constitue le « *cœur de l'association* » (rapport d'activité, 1997) et il s'avère que de nombreux travailleurs sociaux passent par l'établissement au début de leur carrière. Travailler au foyer du père Virgile ouvre en effet la voie à d'autres postes : « *si t'as travaillé ici, tu peux travailler partout* », est-il fréquemment énoncé. En effet, dans les représentations professionnelles, le FPV constitue un lieu d'engagement professionnel fort, qui sanctionne d'une puissante compétence professionnelle. En cela, travailler au foyer du père Virgile contribue, pour ces femmes, à asseoir leur légitimité au sein du monde de l'assistance. Une éducatrice spécialisée qui travaille désormais au CHRS des Rivières m'indique qu'elle souhaitait vivement y travailler au début de sa carrière, car « *il fallait passer par là* ». Si on lui a reproché son jeune âge à l'époque, elle m'explique avoir insisté et y être finalement restée quatre années. Le passage par le foyer du père Virgile permet à ces femmes de faire valoir leur capacité de résistance par la suite. À l'inverse, une éducatrice spécialisée remplaçante en CHRS souhaitant postuler sur un emploi pérenne dans l'association s'est vue reprocher de ne pas être passée par le FPV, bien qu'elle témoigne d'une expérience importante en centre d'hébergement. En cela, le passage par Virgile affaiblit les assignations de genre quant à une supposée moindre capacité des femmes à travailler avec un public masculin.

Dans quelle mesure ces femmes déjouent-elles alors les normes du féminin ? Pour échapper à la menace de leur sexualisation et de leur disqualification, ces femmes présentent des « dispositions dites "masculines" » (Zolésio, 2009, p. 118), valorisant leur capacité de résistance et euphémisant ce qui pourrait les assigner de manière trop évidente à une identité de femme. Toutefois, ces dispositions construites comme masculines ne sauraient suffire pour qu'elles soient embauchées, puisque, comme je l'ai montré, leurs dispositions à prendre soin marquent en parallèle les déterminants de leur recrutement. Les attendus du féminin, tels qu'ils sont construits dans ces espaces, sont alors marqués par une double attente, étant embauchées à la fois pour leurs présumées capacités de sollicitude et devant par ailleurs témoigner qu'elles sont capables de résistance et de courage.

En s'en tenant à ces éléments, l'analyse proposée se rapprocherait du processus que Nicky Le Feuvre nomme « l'immutabilité totale de la "domination masculine" » (Le Feuvre, Guillaume, 2007, p. 13). Pour la sociologue, cette analyse « suppose que les principes de

différenciation et de hiérarchisation des catégories de sexe perdurent à l'identique et que l'entrée des femmes dans les anciens bastions masculins constitue un leurre en matière d'avancement de l'égalité des chances » (Le Feuvre, Guillaume, p. 13). Pour autant, cette analyse en termes d'immuabilité présente des limites. Nicky Le Feuvre propose aussi de considérer la féminisation par le « dépassement du genre », soit en tenant compte des recompositions que le processus de féminisation donne à voir. Il s'agit donc d'être attentive à ce qui entretient les « principes de la différenciation / hiérarchisation des catégories de sexe » (Le Feuvre, Guillaume, 2007, p. 14), mais également à ce qui les dépasse, les modifie, même *a minima*.

La présence de femmes de plus en plus importante au sein du monde de l'assistance a en effet des conséquences sur l'ensemble du milieu. L'embauche de femmes, dont on a longtemps présumé l'incapacité à travailler auprès d'hommes sans-abri, a favorisé l'augmentation des capacités d'encadrement dans les centres d'hébergement et la diminution des temps de travail de nuit ou isolés. Plus encore, comme le montre Nicolas Sallée concernant la PJJ, la féminisation du monde de l'assistance a entraîné une remise en question globale, y compris de la part des hommes, au sujet de la violence physique autrefois concomitante d'une bonne posture professionnelle (Sallée, 2012). Aujourd'hui, le recours à la violence physique est particulièrement mal vu. Lorsqu'il en est fait usage, ces gestes entraînent de fortes remises en question de la part du professionnel impliqué, et des regrets. Cette évolution des codes de la bonne posture professionnelle montre que le processus de féminisation a contribué, en lien avec le processus de professionnalisation, à d'importantes reconfigurations du milieu.

Un autre dépassement, dont le résultat est plus nuancé, est celui de l'instauration de frontières plus franches entre la sphère privée et professionnelle au sein du monde de l'assistance. À l'observation, les femmes s'avèrent plus discrètes sur leur vie privée avec les hébergés. Elles évitent de parler de leur vie de famille et plus précisément de leur conjoint ou conjointe afin de se prémunir à nouveau d'une assignation sexualisée. Elles taisent ainsi souvent leur âge et leur statut conjugal. Cette nouvelle appréhension du rapport au métier s'est étendue à certains hommes, marquant eux aussi de la distance entre leur vie professionnelle et leur vie familiale. Cette forme de dépassement du genre est toutefois partielle, car elle fait l'objet de critiques par les hommes plus âgés, vantant toujours les mérites hérités de l'engagement personnel au travail. Jean-François, héritier de cette vision, m'indique alors fièrement qu'il présente ses enfants et sa femme aux hébergés lorsqu'il les rencontre dans la rue, et peine à

comprendre la gêne de ses jeunes collègues lorsqu'ils font face aux mêmes situations. On voit alors ici comment les effets de structure liés au genre se conjuguent à des enjeux générationnels.

Ces évolutions des frontières du privé et du professionnel font écho à des changements plus larges qui traversent le travail social. En se professionnalisant et en s'éloignant d'une vision paternaliste et basée sur la proximité aux usagers (Breviglieri, 2005), le travail social s'est mis en quête de la « bonne distance » (Lemercier, 2016). Au sein de l'association, ce sont avant tout les femmes qui furent et restent des courroies de transmission de ces évolutions institutionnelles du travail social, dans la mesure où elles ont davantage fréquenté les instituts de formation. Si les femmes peuvent être l'objet de critiques pour les changements qu'elles véhiculent, elles n'en parviennent pas moins, en partie, à modifier des fonctionnements structurels du monde de l'assistance.

Ces transformations induites par le processus de féminisation sont notables. Elles se sont toutefois accomplies d'une manière tout à fait silencieuse (Lagrave, 1987). Dans ce contexte leur laissant peu de place, ces femmes ont dû faire preuve d'habileté pour gagner en légitimité. Pour cela, elles se sont à la fois appuyées sur leurs dispositions d'écoute, pour tenir compte du point de vue des travailleurs sociaux historiques, mais se sont aussi, par moments, appuyées sur l'esprit d'insubordination valorisé dans ce monde. Par ces biais, ces femmes ont en partie réussi à dépasser leur assignation à des tâches spécifiques, mais plus encore, elles ont acquis une légitimité dans leurs prises de parole et de décisions au sein des centres d'hébergement, notamment par les qualifications qu'elles détiennent.

5. « *L'amour dure trois ans* »

Les jeunes femmes ne restent généralement que quelques années à exercer en centres d'hébergement. Charlotte, éducatrice spécialisée au foyer du père Virgile, explique que malgré son « *coup de cœur* » pour l'établissement, ça fait trois ans qu'elle y travaille et ajoute : « *l'amour dure trois ans* ». Michel Autès pointait ainsi qu'« en général, plus le diplôme est élevé, moins le temps passé au contact direct des familles est important » (Autès, 1999, p. 57), un constat qui se transpose ici au sujet des sans-abri :

« Une raison qu'il faut avouer c'est que le niveau salarial n'est pas exceptionnel, alors c'est sûr on est amené à prendre ceux qui n'ont pas de diplôme parce qu'ils coûtent moins cher, et puis la convention collective n'est pas très favorable aux salariés, alors celui qui a des diplômes il reste bloqué à des niveaux de salaires qui sont... ça c'est l'Etat qui est responsable derrière

tout ça, c'est pas nous association, mais quand on est diplômé, on cherche à percer un petit peu plus, bah on part d'Envol ».

Joël Martin, membre du conseil d'administration et ancien président de la CHN, 78 ans

Non seulement les travailleurs sociaux diplômés s'avèrent relativement peu attirés par les conditions salariales du monde de l'assistance et en particulier d'Envol, mais surtout, les professionnels diplômés restent peu de temps dans cet univers professionnel. L'enjeu du salaire est soulevé ; concrètement, Lola m'explique avoir perdu 400 euros sur son salaire d'éducatrice spécialisée en venant travailler dans l'association. En outre, les contraintes horaires sont aussi des facteurs explicatifs de ces départs : « *la charge de travail qui est disproportionnée et les horaires découpés auront raison de moi d'ici les prochains mois* », m'explique Lola, quelques semaines après avoir commencé à travailler au FPV. Comme l'indique Simon Cottin-Marx, « dans ce marché du travail, c'est le salariat "atypique" qui est typique » (Cottin-Marx, 2019, p. 94). Cette réalité est particulièrement prégnante au sein d'Envol, où les horaires atypiques sont une norme. Contrairement aux professionnels non diplômés qui s'avèrent captifs de l'association, ceux qui détiennent un diplôme, hommes comme femmes, sont alors souvent enclins à quitter rapidement ces conditions de travail. Au bout de quelques mois, Lola entame ainsi des recherches pour accéder à un poste de travail en journée au sein du monde de l'assistance.

À la différence des hommes diplômés, la mobilité des femmes diplômées semble davantage circonscrite au secteur de l'insertion, continuant ainsi à travailler avec des adultes en situation de précarité. Nombre d'entre elles m'ont ainsi expliqué envisager de quitter leur poste en centres d'hébergement pour travailler en Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Les diplômes de ces femmes et leurs expériences valorisables en centres d'hébergement leur donnent accès à des emplois de travailleuses sociales réputés plus agréables, sans internat. Cette faible mobilité en dehors du monde de l'assistance peut s'expliquer au regard des nombreux efforts qu'elles ont fournis pour y faire leur place. En outre, les femmes étant davantage mises en concurrence que les hommes sur le marché du travail social, ce sceau de l'« insertion » complexifie probablement leur accès à d'autres domaines d'activités du groupe professionnel.

Lorsque les femmes n'aspirent pas à évoluer au sein du secteur de l'insertion, il apparaît qu'elles sortent radicalement du métier de travailleuse sociale. Cela rejoint le constat établi par Jacques Ion et Bertrand Ravon, indiquant que les sorties de carrières au sein du travail social concernent d'abord les femmes (Ion, Ravon, 2000). Ces femmes qui ont cessé leur activité de

travailleuses sociales se sont majoritairement reconverties dans des métiers thérapeutiques, et précisément comme kinésologue, hypnopratricienne et aide-soignante. Cette reconversion vers les métiers du soin est éclairante et suggère que leur carrière professionnelle de travailleuse sociale a conforté leur disposition à prendre soin, qu'elles ont alors souhaité accroître par l'exercice d'une nouvelle activité, généralement libérale. Le détour par le concept de disposition permet ainsi de rendre compte de la rationalité et de la cohérence de ces trajectoires (Lahire, 2002).

Certaines, sans sortir de cette carrière de travailleuse sociale, envisagent parallèlement à leur travail de s'engager bénévolement dans le milieu sanitaire, comme l'explique Manon :

« J'ai fait la formation [aux premiers secours] et le vendredi d'avant, il y a eu une dame dans le réfectoire qui avait fait un malaise, des crises convulsives, et il y a Sébastien qui l'avait mis en PLS [position latérale de sécurité] spontanément, on a fait oh il a fait des bêtises... il ne fallait pas... mais en soi il n'y a pas trop de risques non plus, surtout qu'*a priori*, d'après Mélanie [infirmière diplômée d'État (IDE)], c'était un peu simulé, mais c'est bon à savoir, tu ne fais pas n'importe quoi, non c'est intéressant à faire. Mais ça m'a tellement plu que j'aimerais bien être bénévole à la Croix-Rouge, tu sais sur les festivals ou des trucs comme ça. Parce que je me dis tant que j'y suis pas confrontée, je ne saurai pas vraiment, et puis tu sais au fur et à mesure, je vais oublier, j'ai envie que ça reste présent, et le meilleur moyen, c'est de pratiquer. Après faut déjà que j'arrive à passer à temps plein, que j'arrive à gérer cette charge de travail en plus, et après peut-être que je pourrai être bénévole ».

Manon, éducatrice spécialisée, 24 ans, centre d'hébergement pour femmes

Par sa socialisation à la dimension du soin en exerçant en centre d'hébergement, Manon envisage de nouvelles formes d'investissement afin de poursuivre l'acquisition de savoirs et de pratiques sur ce sujet. Au sens de Bernard Lahire, cela montre que les centres d'hébergement constituent des espaces de renforcement des dispositions au soin (Lahire, 2002). Outre le domaine du soin, de nombreuses jeunes femmes rencontrées ont évoqué qu'elles projetaient de s'engager bénévolement, en dehors de leur activité professionnelle. Ces engagements sont notamment motivés par le fait d'intervenir autrement auprès de personnes en situation de précarité, comme l'explique Axelle :

« J'y avais déjà pensé avant, mais depuis que je travaille ici, je veux absolument faire du bénévolat. Je veux vraiment pouvoir contribuer à des maraudes, peu importe, mais je veux vraiment pouvoir contribuer à ça, pour pouvoir outrepasser un peu mon côté professionnel et pouvoir apporter un petit peu plus que ce qu'on ne peut pas apporter ici. Enfin, si on apporte en quelque sorte, mais donner un peu plus de soi en fait. Donner un peu de temps

perso. Parce que là c'est du temps pro, donc c'est pas pareil, mais donner du temps perso, et aussi donner, c'est des êtres humains, donc je dirai pas de l'amour, mais donner de la reconnaissance, et montrer qu'ils sont importants eux aussi, tu vois. Et donner ce côté humain et pas forcément ce côté professionnel ».

Axelle, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

L'engagement bénévole permettrait ainsi à Axelle de « *faire plus* », et de pallier la frustration du travail social qui impose distance et conditions dans la relation d'aide. Le bénévolat est alors appréhendé comme une manière de mieux répondre aux besoins des personnes vulnérables, étant entendu que les organismes professionnels demeurent insuffisants. Ces franchissements remettent à nouveau en question les oppositions classiquement marquées entre le travail social professionnel et bénévole (Simonet, 2012).

Conclusion

Ce chapitre a permis d'interroger qui sont les travailleurs sociaux qui exercent au sein des centres d'hébergement. Parce qu'ils ne sont pas seulement des passeurs de l'action publique, mais qu'ils contribuent directement à produire l'État social, situer socialement ces professionnels est utile pour saisir la manière dont ils prennent en charge les sans-abri.

Malgré une forte hétérogénéité au sein de ce groupe professionnel, les travailleurs sociaux de l'association se rassemblent autour d'une proximité politique et culturelle. Pour une majorité d'entre eux, l'accès au métier est marqué par la reproduction sociale, installant alors ces professionnels dans les classes moyennes culturelles. Néanmoins, pour une frange non négligeable de travailleurs sociaux rencontrés, l'accès au métier est marqué par une mobilité sociale ascendante, qui reste fragile quand elle n'est pas consolidée par une qualification. Par leur faible niveau de diplôme, leur captivité vis-à-vis de l'association, ainsi que la faiblesse de leur revenu¹, ces professionnels non diplômés n'entretiennent pas une rupture franche avec les classes populaires, pouvant alors être assimilés à des « petits-moyens » (Cartier, Coutant, Siblot, Masclet, 2008). Ces disparités au sein de ce groupe professionnel ont nécessité de s'intéresser de manière plus singulière aux trajectoires sociales de ces travailleurs sociaux.

Au lendemain d'une longue période de bénévolat, Envol a initié une salarisation de ses encadrants. Celle-ci s'est basée sur un recrutement exclusivement masculin dans les centres

¹ Les professionnels non diplômés sont rémunérés à peine au-dessus du SMIC horaire.

d'hébergement pour hommes. J'ai alors décrit combien ces recrutements se sont fondés sur un modèle de masculinité hégémonique (Connell, 1995 ; Vuattoux, 2013), mettant en avant la force physique, la virilité, mais aussi le don de soi au travail et la proximité aux pauvres. Au tournant des années 2000, la force physique cesse d'apparaître comme un motif de recrutement, dans un contexte où la qualification devient un critère plus décisif. Un grand nombre de réticences sont toutefois formulées concernant cette injonction croissante à la qualification, venant remettre en question le credo socio-sanitaire de l'association.

Le tournant de la qualification au sein d'Envol se conjugue au processus de féminisation des équipes professionnelles des centres d'hébergement masculins. L'étude des trajectoires des premières femmes à y exercer montre que ces dernières, tendanciellement plus diplômées que les hommes, se sont vues assignées à la prise en charge de l'hygiène des hébergés, et plus largement aux tâches de *care* (Tronto, 2009 [1993]). J'ai alors montré comment le processus de féminisation venait éclairer celui de la sanitarisation, développé dans la section précédente. Plus que l'image de deux processus parallèles, il s'agit en réalité de processus qui se tissent ensemble : les considérations grandissantes pour les questions de santé des hébergés augurent l'embauche de femmes, et dans le même temps, leur cantonnement à ces tâches favorise la reconnaissance de ces problématiques sanitaires qui font leur quotidien de travail. Si l'esprit associatif est bien à la prise en compte de la santé des hébergés, ses dimensions matérielles se voient alors déléguées aux femmes.

Outre les pionnières, j'ai montré avec les jeunes femmes recrutées – elles aussi plus diplômées que leurs collègues masculins – qu'elles étaient également en partie embauchées pour leurs dispositions à accepter de réaliser ces tâches de *care*. Ces jeunes femmes s'avèrent ainsi fréquemment socialisées aux soins, cela constituant une garantie pour l'association de préserver son credo socio-sanitaire malgré l'embauche de professionnelles diplômées. Si ces dernières sont embauchées en partie pour ces dispositions, elles doivent en outre faire la preuve de leur capacité de résistance et d'endurance dans ce milieu qui demeure marqué par des codes construits comme masculins.

S'intéresser aux trajectoires professionnelles et au processus de professionnalisation du monde de l'assistance donne donc des clés de compréhension sur la prise en charge du soin des sans-abri. Le prisme du genre présente pour cela un double intérêt. D'abord, les rapports sociaux de genre ont longtemps été impensés du travail social (Bessin, 2008), l'enjeu structurant de la neutralité ayant historiquement conduit à sous-étudier les rapports sociaux dans ces métiers (Gaspar, 2012). Or, ce chapitre souligne l'intérêt d'analyser comment l'univers

professionnel du travail social s'avère marqué par des rapports sociaux de genre. Ensuite, les enjeux de genre sont rarement reliés aux processus de médicalisation et de sanitarisation, au-delà de certaines situations médicales genrées comme les menstruations, l'accouchement ou la ménopause (Laurendeau, 1983 ; Bell, 1987 ; Fassin, 1998b ; Delanoë, 1998 ; Le Naour, Valenti, 2001). Pourtant, au-delà de ces sujets typiquement féminins, il semble pertinent de penser ensemble la sanitarisation et le genre, cette double lecture étant éclairante concernant la matérialité de la prise en charge du soin. C'est sur la base de ces réflexions que va se poursuivre le prochain chapitre, abordant les soignantes qui exercent en centres d'hébergement.

Chapitre 6

Avec ou sans blouse : être soignante au sein du monde de l'assistance

Le deuxième chapitre de cette section va s'intéresser aux soignantes travaillant au sein de l'association Envol. Si elles constituent une faible proportion de professionnelles par rapport aux travailleurs sociaux, leurs trajectoires n'en demeurent pas moins éclairantes. En effet, étudier la manière dont ces soignantes en viennent à travailler dans ce secteur, éloigné du monde médical, va permettre plus largement de renseigner les logiques de l'engagement professionnel au sein du monde de l'assistance.

Plus précisément, il s'agit de s'intéresser aux infirmières qui exercent dans les centres d'hébergement, mais aussi aux métiers à la frontière du soin comme les auxiliaires de vie sociale. Dans cette vision extensive du soin, seront prises en compte des professionnelles qui interviennent selon différentes modalités : la majorité sont salariées de l'association, d'autres exercent en libéral, et certaines, enfin, sont embauchées par des entreprises ou associations extérieures. Ces professionnelles ont en commun de franchir la porte des centres d'hébergement dans une optique de soin. Cette définition comporte toutefois une part d'arbitraire. Certaines professions soignantes, et notamment les médecins, sont largement instituées et détiennent une forte capacité de définition de leur travail, impliquant des frontières nettes avec d'autres métiers (Freidson, 1984). Néanmoins, lorsque l'on s'intéresse aux catégories professionnelles subalternes au sein des centres d'hébergement, les frontières des métiers s'avèrent plus floues. L'étude des auxiliaires de vie le confirme vivement, ces dernières ayant à la fois une action éducative, de soin, mais étant surtout reconnues pour les tâches d'entretien qu'elles accomplissent. Au-delà des activités qui leur sont reconnues, je souhaite dans ce chapitre tenir compte de l'ensemble des professionnelles qui contribuent en pratique à la prise en charge sanitaire des sans-abri. Aussi, la catégorie des soignantes se veut ici volontairement extensible, afin d'y intégrer des professionnelles tenues dans l'ombre du travail de soin, mais pourtant indispensables à sa bonne réalisation.

Jusqu'alors, j'ai montré que l'application concrète du credo associatif socio-sanitaire était corrélée à un processus de délégation de ces tâches aux femmes. À la poursuite de cette réflexion, il va s'agir de se demander comment les processus de division du travail de soin se rejouent avec ces soignantes. Le chapitre poursuit donc la question traversante de la matérialité

du soin, interrogeant ici, par les trajectoires des soignantes, qui sont ces professionnelles à venir travailler au sein du monde de l'assistance. Il s'agit en outre de questionner dans quelle mesure ces soignantes adhèrent ou non à ce credo socio-sanitaire, propre au monde de l'assistance.

En écho à la section précédente, dans laquelle j'ai montré que les infirmières bénévoles portaient la blouse blanche, les infirmières salariées d'aujourd'hui n'en portent plus. Je montrerai alors dans la première partie les trajectoires des infirmières qui ont « rendu la blouse », cette expression faisant référence à la prise de distance avec l'univers hospitalier qui marque l'engagement de ces soignantes dans ce monde professionnel. La seconde partie sera consacrée aux professionnelles qui, elles, portent la blouse au sein du monde de l'assistance, comme les auxiliaires de vie notamment, marquant l'inscription de ces professionnelles à un contact direct avec les corps des hébergés.

I. Rendre la blouse : être infirmière en centre d'hébergement

Cette première partie va se baser sur les infirmières salariées des centres d'hébergement d'Envol. Cette focalisation s'explique car ce sont les soignantes majoritaires dans ces établissements. Anne-Cécile Broutelle note que l'unité du groupe professionnel des infirmières est menacée, notamment car les lieux de leur exercice professionnel sont largement dispersés (Broutelle, 2009). Pour autant, les descriptions de trajectoires d'infirmières exerçant en dehors du monde de l'hôpital restent relativement rares (Alderson et al., 2013). S'intéresser à celles qui choisissent de travailler au sein du monde du travail social, ce qui fait figure d'originalité dans le métier, participe alors à la connaissance sociologique des dynamiques professionnelles des infirmières (Sonnet, 2005).

1. Faire corps ?

L'exercice du métier d'infirmière en centre d'hébergement comporte des particularités. Tout d'abord, les infirmières y exercent sans la tutelle hiérarchique d'un cadre de santé, et sans médecin. Au sein d'Envol, les infirmières sont placées sous la hiérarchie du ou de la cheffe de service des Lits halte soins santé (LHSS), cadre du travail social. D'autre part, elles exercent souvent seules. En effet, les centres d'hébergement de l'association embauchent généralement une seule infirmière par établissement, souvent à temps partiel. Au quotidien, elles se rencontrent donc assez peu entre elles, chacune exerçant dans un établissement distinct. Enfin, leurs tâches impliquent peu d'aspects techniques. Les pansements ou encore les injections sont généralement réalisés par des infirmières libérales, sollicitées ponctuellement pour tel ou tel

acte. Elles exercent alors avant tout des fonctions relatives aux suivis médicaux des hébergés, impliquant notamment la gestion de leurs traitements et rendez-vous. Elles effectuent aussi un travail relationnel, de prévention et de stimulation concernant la santé des sans-abri. Une part importante de leur travail consiste en outre à échanger avec différents interlocuteurs, médicaux et sociaux, au sujet des situations des hébergés. Si cette description ne décrit bien sûr pas l'ensemble des tâches menées par ces infirmières, elle donne un premier aperçu de la réalité de ce métier dans ce contexte singulier.

Le groupe professionnel des infirmières salariées de l'association présente une forte homogénéité apparente. Lors de mon enquête en master, en 2017, elles sont six dans l'association : deux exercent au foyer du père Virgile, une à la SRAS, une au CHRS des Peupliers, une au CHRS des Érables, et une spécifiquement sur les LHSS. L'ensemble des infirmières qui occupent ces postes sont des femmes. Excepté à Virgile, elles ont une longue expérience de leur métier et sont plutôt âgées : deux sont proches de la retraite, et une y est déjà éligible, mais a choisi de poursuivre son activité professionnelle. Parmi ces femmes, deux d'entre elles travaillent depuis de nombreuses années dans l'association et ont fait partie des premières soignantes recrutées au début des années 2000. En 2018, Envol obtient un financement pour ouvrir les Lits d'accueil médicalisés (LAM), permettant l'embauche de six nouvelles infirmières. Dans le même temps, plusieurs de ces soignantes prennent leur retraite. Cela entraîne un renouvellement fort de ce groupe professionnel. À nouveau, celui-ci se voit cependant rattrapé par une forte homogénéité. L'ensemble des infirmières recrutées sur les LAM sont de jeunes femmes, ayant moins de 35 ans. Dans les centres d'hébergement, seule une infirmière « historique » est toujours en poste, les autres ayant été remplacées par des professionnelles plus jeunes. Ce groupe paraît alors fortement marqué par des proximités de genre et d'âge.

La non-mixité de ce groupe mérite quelques précisions. En effet, le monde de l'assistance s'est historiquement construit comme un bastion masculin, et le premier infirmier recruté fut un homme, comme je l'ai montré au chapitre 2. Comment alors expliquer la féminisation exclusive de ce groupe professionnel aujourd'hui ? Au niveau national en 2019, le métier d'infirmier est exercé à 86,6% par des femmes et à 13,4% par des hommes¹. L'absence totale d'hommes dans ce secteur social ne relève donc pas de l'évidence. Séverine Rey pointe

¹ ASIP-Santé, Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé, traitements DREES – données au 1^{er} janvier 2019. En ligne : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>. Consulté le 11 juillet 2023.

que les spécialités et les secteurs d'exercice du métier d'infirmier sont chargés de représentations genrées : « les infirmiers (hommes) s'orientent majoritairement dans les soins dits aigus (anesthésie, urgences, etc.) » (Rey, 2020). La psychiatrie reste également associée à une forme de virilité attendue, ce qui en fait un secteur où les hommes infirmiers sont plus nombreux que dans d'autres lieux de soins (Mougeot, 2019). Les données de la DREES donnent d'autres éléments de compréhension de ces logiques genrées : 21% des hommes s'orientent vers le libéral, contre 17% des femmes. En revanche, les emplois salariés en dehors du secteur hospitalier concernent 18,2% des femmes infirmières, et seulement 12% des hommes infirmiers¹. Les hommes infirmiers s'orientent ainsi davantage vers un exercice hospitalier ou libéral de leur métier, loin du salariat associatif du monde de l'assistance.

La non-mixité de ce groupe professionnel des infirmières au sein d'Envol prend également sens quand on la rapporte aux enjeux de la féminisation de ce monde. Au milieu des années 1990, lorsque les premières travailleuses sociales sont embauchées pour travailler auprès des hommes, il s'avère qu'elles sont assignées à des tâches liées aux soins et à l'hygiène des hébergés. Puis, durant les années 2000, alors que des financements permettent l'embauche d'infirmières, les tâches qui leur sont attribuées relèvent à nouveau de l'hygiène et de la prise en charge des corps. Le médecin généraliste intervenant à titre libéral à la SRAS l'explique ainsi, lorsqu'il précise les tâches de la première infirmière recrutée dans ce CHRS :

« Agnès [infirmière] est arrivée, elle m'a demandé, elle ne savait pas par où commencer [...]. Et elle me dit : "*mais je commence par où ?*". Et je lui ai dit par l'hygiène, le corps, les cheveux, les ongles, les vêtements, et puis il y a aussi l'hygiène des locaux parce qu'il y avait énormément de poux, voilà, ça a commencé comme ça ».

André Lefèvre, médecin généraliste, 54 ans

Bien loin des tâches techniques que réservent certains services hospitaliers aux infirmières, les tâches du métier dans ce monde du travail social concernent d'abord les questions d'hygiène, au début des années 2000². En revanche le quotidien de travail de Richard, le premier infirmier psychiatrique de la Charité hospitalière de nuit (CHN), semblait nettement moins marqué par cette assignation aux corps des hébergés, ce dernier se confondant finalement

¹ *Ibid.*

² Bien que les infirmières ne soient pas placées sous l'autorité hiérarchique d'un professionnel de santé, c'est malgré tout ce médecin généraliste qui semble en partie définir le travail de cette infirmière. Le fait qu'elle lui ait demandé « *par où commencer* » montre la socialisation des infirmières à la hiérarchie médicale (Freidson, 1984), malgré la volonté des responsables des centres d'hébergement de placer les infirmières sous leur tutelle.

avec un travailleur social. Si le credo socio-sanitaire valorisant la prise en compte du soin des hébergés était présent dans l'esprit des bâtisseurs, on voit que la matérialité de ce credo a fait l'objet d'un processus de délégation aux femmes.

Ces premiers éléments donnent un premier aperçu de la manière dont ces infirmières « font corps ». Il s'agit tout d'abord d'un groupe professionnel fortement marqué par l'homogénéité. La manière dont elles « font corps » s'illustre également dans les premières tâches qui leur sont historiquement assignées : « *l'hygiène, le corps, les cheveux, les ongles les vêtements* ». Aujourd'hui, les infirmières sont parvenues à déléguer ce travail autour des corps, notamment aux professionnelles qui continuent de porter la blouse, comme je le montrerai dans la partie suivante. Elles ont symétrisé et renforcé leurs relations avec les travailleurs sociaux au point d'aujourd'hui « faire corps » également avec les professionnels sociaux.

Les infirmières entretiennent en effet une certaine proximité avec les travailleurs sociaux de l'association. Elles partagent tout d'abord leur quotidien de travail avec eux, et notamment les repas, les pauses ou encore les réunions. De surcroît, rien ne les dissocie d'apparence avec eux, les infirmières salariées ne portant pas de blouse. Elles entretiennent également des pratiques sportives et culturelles proches de celles des travailleurs sociaux. Régulièrement, Marie, infirmière au foyer du père Virgile, joue ainsi au badminton avec ses collègues travailleurs sociaux. Plus généralement, les infirmières sont intégrées aux différents temps de convivialité organisés dans les équipes. Aussi, infirmières et travailleurs sociaux ont beaucoup en commun en termes de dispositions sociales, de valeurs et d'attachements identitaires, malgré les frontières de leurs métiers. L'appellation de « collègue » leur permet d'ailleurs de se désigner, indifféremment de leurs titres professionnels distincts. En outre, ces métiers du travail sur autrui (Dubet, 2002) partagent une forte proximité dans l'espace social. Infirmières et travailleurs sociaux diplômés perçoivent notamment des salaires sensiblement similaires au sein des centres d'hébergement. Il faut néanmoins préciser qu'une grande partie des infirmières de l'association exercent à temps partiel, contrairement aux travailleurs sociaux. Françoise Acker pointe que le métier d'infirmière est largement marqué par des conditions de travail à temps partiel, ce que corrobore l'étude du monde de l'assistance (Acker, 2002).

La proximité repérée entre infirmières et travailleurs sociaux fait écho à l'analyse que propose Anselm Strauss concernant les professions médicales (Strauss, 1992). On suppose couramment l'existence d'une communauté d'intérêts au sein d'une même profession, alors même qu'il existe souvent des alliances montrant davantage de corrélations avec des professionnels de métiers voisins qu'avec leurs collègues disposant du même titre professionnel

(Strauss, 1992). Cela suggère que l'identité professionnelle ne se fonde pas uniquement sur le rapport au diplôme, mais se rattache également au domaine d'activité, renforçant l'analyse proposée au début de cette section concernant le sentiment d'appartenance de ces professionnels à un public spécifique.

La proximité entre travailleurs sociaux et infirmières se construit également sur un idéal de la complémentarité entre ces professionnels. Élise Lemerrier et Élise Palomares, au sujet des éducateurs à Mayotte, montrent que le travail de terrain est basé sur un mythe de la complémentarité du binôme Mzungu¹– Mahorais (Lemerrier, Palomares, 2020). Au-delà des assignations ethnoraciales des rôles attribués aux membres de ce binôme, cette répartition procède également d'une division genrée, les Mzungu étant souvent des femmes, et les Mahorais des hommes. Au sein des centres d'hébergement, il est fréquent que des binômes de travail se forment entre une infirmière et un travailleur social². Ces derniers sont parfois reconnus par l'institution, mais constituent plus souvent des habitudes de travail en commun informelles. Ces duos au travail sont parfois mis en scène et théâtralisés : c'est le cas de Marie, infirmière, et Hugo, travailleur social non diplômé au foyer du père Virgile. Avec humour, ces derniers se définissent comme « *le papa et la maman* » d'un hébergé. Cette manière d'envisager cet accompagnement renvoie à une division genrée des rôles qui se construit autour d'une conception de la complémentarité de leurs approches. La compréhension et la patience sont ainsi attribuées à Marie, tandis qu'Hugo se voit investi d'un rôle plus autoritaire et décisionnaire.

Ce fonctionnement fait écho à l'histoire des couples éducatifs dans le travail social. Issu du secteur de la protection de l'enfance au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le couple éducatif se fonde sur une représentation de la famille nucléaire hétéronormée, « les professionnels des deux sexes [...] ayant pour objet de socialiser des enfants en déficit de repères sociaux dans un registre identificatoire positif du féminin, du masculin et d'un équilibre possible et apaisé entre ces identités de genre » (Quilliou-Rioual, 2021, p. 4). Mikaël Quilliou-Rioual montre dans sa thèse que cette philosophie de départ du couple éducatif va progressivement devenir désuète, tout en marquant durablement le travail social. L'image de couples éducatifs perdure en effet à certains égards au sein du monde de l'assistance. C'est le cas des « hôtes » de pensions de famille, généralement composés d'un homme et d'une femme,

¹ Ce terme désigne « les personnes catégorisées comme des Français·es blanc·hes originaires de métropole » (Lemerrier, Palomares, 2020, p. 60).

² Des binômes de femmes existent également parfois entre une infirmière et une travailleuse sociale.

ou encore de certaines actions d'accompagnement spécifiques. Il n'est ainsi pas rare que ces binômes de travail viennent faire écho à des schémas familiaux traditionnels : Martine, dont j'ai exposé la trajectoire dans le chapitre précédent, exerce en binôme avec un homme et est appréhendée comme « *la maman des gens de la rue* ». Aussi, infirmières et travailleurs sociaux reproduisent par moment cet idéal de la complémentarité professionnelle fondé sur une construction genrée des rôles de chacun.

Parallèlement à ce discours sur la complémentarité, les infirmières avancent avec ferveur un discours de différenciation. Seules représentantes au quotidien du monde médical, elles expriment aussi fréquemment ne pas se sentir intégrées aux travailleurs sociaux. Elles évoquent un manque d'écoute et de considération pour leur travail et souffrent d'un sentiment de mise à l'écart. Les infirmières sont en effet la majorité du temps dans l'infirmierie, soit à distance du bureau commun des travailleurs sociaux. Elles sont de fait exclues de nombreuses conversations informelles. Au sujet des infirmières exerçant en milieu carcéral, Marc Bessin analyse que celles-ci avancent couramment la rhétorique du « choc des cultures ». Pour le sociologue, cette manière de penser l'opposition permet avant tout de structurer une « appartenance à une communauté médicale unifiée » (Bessin, 2003 p. 166). On retrouve cette même rhétorique au sein des centres d'hébergement. Alors que ces infirmières sont seules dans ces établissements, aux côtés d'une dizaine de travailleurs sociaux, entretenir un mode de présentation basé sur la différenciation contribue à renforcer l'esprit de corps de ces infirmières isolées les unes des autres.

Cette présentation d'un corps homogène des infirmières ne doit cependant pas aveugler sur les différences internes repérables au sein même de ce groupe. Il apparaît notamment que l'unité d'âge et de genre qui marque ce groupe professionnel invisibilise des différences de classes notables parmi ces infirmières. Le détour dans un deuxième temps par leurs trajectoires va contribuer à éclairer les différences de rapport au métier entretenu, et par là même, permettra de déconstruire l'idée de vocation qui prédomine dans ce métier alors que l'on sait son insuffisance sociologique pour saisir les conditions de l'engagement dans le métier (Dubar, 1970 ; Passeron, 1990).

2. Les « relationnelles » et les « techniciennes »

Marie est infirmière au foyer du père Virgile (FPV) depuis 4 ans. Elle a 33 ans et est célibataire. Elle vit aujourd'hui chez son père, à plus de 30 minutes de route du FPV. Issue d'un milieu populaire, elle explique avoir eu un rapport compliqué avec le milieu scolaire : « *moi et*

l'école... on ne s'entendait pas très bien¹ », dit-elle en entretien. À l'issue de sa seconde générale, qu'elle décrit comme ne s'étant pas très bien passée, elle est orientée vers un Brevet d'études professionnelles (BEP) services aux personnes. Elle souhaitait à l'époque s'« occuper d'enfants ou de personnes en difficulté ». Durant sa formation, elle alterne les temps de stages et de formation : elle découvre les crèches, une école maternelle et un foyer logement pour personnes âgées. Lors de cette dernière expérience, elle côtoie un service de soins composé d'aides-soignantes et d'une infirmière. Ces rencontres lui ouvrent alors de nouvelles perspectives. Elle explique que « le public âgé m'a plu et je me suis dit pourquoi pas après mon BEP passer mon concours d'aide-soignante ». Après quelques remplacements en maison de retraite, elle passe alors le concours d'aide-soignante, qu'elle obtient fièrement « dès la première fois ».

Pendant son année de formation d'aide-soignante, elle découvre des établissements et des fonctionnements qui lui étaient méconnus : la psychiatrie, la chirurgie et les urgences notamment. À l'obtention de son diplôme, Marie cherche un emploi et postule dans une Maison d'accueil spécialisée (MAS) dans laquelle travaille sa cousine. Elle me précise alors que « c'est un foyer médico-social, on travaille en binôme avec des éduc, il y avait neuro psychologue, psychomotricienne, un kiné, donc j'étais déjà un peu dans le milieu médico-social ». Marie reste trois ans dans cet établissement, dont le fonctionnement est éloigné du monde hospitalier. Suite à cette expérience dont elle garde d'agréables souvenirs professionnels, Marie travaille un an dans un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) puis envisage de passer le concours d'infirmière : « Parce qu'au bout de 4 ans d'expérience, tu as le droit de passer ton concours d'infirmier en tant que professionnel, même si j'ai pas le bac ». Elle obtient le concours d'infirmière, à nouveau du premier coup, et entre en formation. Marie explique qu'elle a alors eu un « parcours assez atypique quand même » durant sa formation :

« J'ai fait deux milieux de stage en psychiatrie, un chez les adultes, un chez les enfants, j'ai fait de la médecine du travail, j'ai fait les urgences, j'ai fait la réa, j'ai fait hôpital de semaine en cancéro, j'ai fait du SSR [soins de suite et réadaptation], et j'ai fait Envol ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

¹ Extrait d'entretien avec Marie, infirmière, 33 ans, Virgile.

En expliquant son « *parcours atypique* », Marie souligne qu'elle a fait une partie de ses stages dans des services non hospitaliers. Elle a d'ailleurs choisi de réaliser son dernier stage, le plus important de sa formation, en milieu carcéral. Elle précise également qu'elle avait déjà entendu parler des CHRS avant son stage au sein d'Envol : « *je connaissais le milieu, les CHRS ça me parlait* » me dit-elle. Venant de région parisienne, elle ne connaît pas le foyer du père Virgile en particulier, mais n'est pas ignorante de l'existence de ces structures sociales.

À l'obtention de son diplôme d'infirmière, Marie travaille en intérim, mais n'apprécie pas ce statut :

« Je faisais un peu d'intérim que je n'aimais pas du tout. T'es lâché, t'as 40 patients à toi toute seule, tu ne les connais pas et on te dit qu'il faut que tu fasses le boulot comme une infirmière qui est là depuis 10 ans ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Envol lui propose alors un poste à mi-temps au FPV. Pressée d'arrêter l'intérim, Marie accepte, malgré la précarité de ce poste à mi-temps. Elle obtient progressivement un 80% puis négocie que son poste passe à 100%, au vu de la charge importante de son travail. Elle obtient gain de cause début 2016, six mois après sa prise de poste.

Anne Véga et Françoise Acker montrent que deux images de l'infirmière sont au fondement des représentations du métier : « la technicienne » et la « relationnelle » (Véga, 1997 ; Véga, 2000 ; Acker, 2004). Si ces catégories sont labiles, générales et réductrices, elles constituent pour autant des marqueurs de différenciation au sein du groupe professionnel des infirmières. À cet égard, Marie se définit elle-même comme une infirmière relationnelle :

« Après dans le soin, je ne suis pas frustrée de ne pas faire d'injection, je suis une infirmière relationnelle, j'ai été aide-soignante avant, et pour moi si j'ai choisi de faire ce métier-là, ou du moins d'être dans ce milieu-là, c'est parce que j'aime le contact avec les gens, et ce n'est pas forcément te faire un soin pur ou te faire une toilette, non, c'est vraiment plutôt de les accompagner, de les écouter, de pouvoir les aider. Tu vois là, cet été ça m'a fait plaisir, avec mon collègue on a organisé une sortie, chose que je faisais avant quand j'étais aide-soignante au foyer pour trauma, je partais en sortie avec eux et tu les vois dans un autre contexte et c'est super agréable quoi ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Marie correspond ainsi à la frange des infirmières relationnelles, dont Anne Véga pointe d'ailleurs qu'il s'agit souvent d'anciennes aides-soignantes (Véga, 1997). Anne-Marie Arborio montre que les rhétoriques professionnelles du métier d'aide-soignante valorisent en effet très

largement les compétences relationnelles, par opposition aux compétences techniques, réservées aux infirmières (Arborio, 2001). Pour Marie, devenue infirmière, les soins relationnels continuent d'apparaître comme l'aspect valorisant et noble de son métier. Elle trouve alors des sources de valorisation auprès du public sans-abri :

« En fait, j'ai beaucoup aimé travailler avec le public en situation précaire parce que du coup il y a diverses choses qui se passent au niveau médical. Certes, il y a la précarité, mais en même temps la précarité induit aussi des pathologies qui peuvent arriver, les addictions, la psy ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Cette capacité à trouver des sources de valorisation auprès de ces personnes est en partie due à ses socialisations professionnelles dans des contextes non hospitaliers. En effet, la socialisation hospitalière conduit à valoriser l'acquisition d'expertises spécifiques sur des techniques ou pathologies précises. À distance de cette vision, Marie valorise plutôt l'aspect holiste du soin, et la pluralité des pathologies sur lesquelles elle est amenée à travailler auprès de ces personnes. En cela, sa trajectoire lui permet d'être en adéquation avec le credo socio-sanitaire de l'association, valorisant l'idée d'une prise en charge globale des sans-abri.

Cette position n'est toutefois pas tenue par toutes les infirmières des établissements. C'est notamment le cas d'Anne, 30 ans, infirmière à la SRAS. Lorsque je la rencontre en entretien, elle a posé sa démission et souhaite faire une formation dans l'informatique pour se reconverter professionnellement, après 6 ans d'exercice du métier d'infirmière. Anne est issue de la classe moyenne : sa mère est comptable, et son père technicien contrôleur qualité pour les fusées Ariane. Sa sœur est comptable également. À l'issue de son baccalauréat, Anne entreprend une première année de médecine. Elle m'explique cependant que : « *comme il fallait trop travailler je me suis dit infirmière c'est bien, c'est moins loin, ouais c'est pas mal, donc voilà*¹ ». Ses stages et expériences professionnelles en tant qu'infirmière lui font découvrir de nombreux services hospitaliers. À la suite de son diplôme, elle choisit de travailler en intérim. Parmi la diversité des postes qu'elle occupe, elle exerce principalement aux urgences et en chirurgie ambulatoire. Elle travaille en intérim pendant trois ans, en région parisienne, puis déménage pour rejoindre son conjoint gérant d'un bar. Anne souhaite continuer l'intérim, cette diversité d'expériences et de rencontres la satisfaisant professionnellement. Cependant, le marché de l'intérim local dispose de nettement moins de postes que le Bassin parisien. Elle

¹ Extrait d'entretien avec Anne, infirmière, 30 ans, CHRS de la SRAS.

réalise quelques remplacements à la Résidence des Peupliers d'Envol dans le cadre des rares missions qui lui sont proposées. « *Ça se passait bien, c'était mon premier contact avec le social* », aussi bien personnellement que professionnellement, me précise-t-elle. Sa méconnaissance préalable du milieu tranche alors avec la trajectoire de Marie.

Après plusieurs remplacements en intérim aux CHRS des Peupliers, le chef de service du pôle santé lui propose un contrat de travail à durée déterminée (CDD) à mi-temps au foyer du père Virgile : « *donc j'ai accepté, parce que de toute façon je n'avais pas d'autre... l'intérim, ça ne donnait pas grand-chose. De toute façon moi j'étais obligée de m'inscrire à pôle emploi tellement il n'y avait pas de taf* ». Sans attente particulière, Anne accepte ce poste. Elle exerce un an à Virgile avec Marie et apprécie le travail qu'elle y réalise. Elle essaie de combiner cette activité à des missions d'intérim complémentaires, mais cela s'avère compliqué. Elle travaille en effet toutes les matinées, ce qui ne lui laisse finalement que peu de temps vacant pour d'autres missions. Les conditions précaires dans lesquelles elle se trouve – en CDD et à mi-temps – la poussent quelques mois plus tard à postuler sur un poste en CDI à 80% à la SRAS, vacant en raison du départ à la retraite de la précédente infirmière.

Lorsqu'elle m'explique sa trajectoire, Anne me précise qu'elle souhaitait acheter un bien immobilier avec son conjoint, et que ce poste en CDI à la SRAS était plus intéressant pour obtenir un prêt à la banque. Elle obtient donc ce contrat et reste un an et demi dans l'établissement. En termes d'horaires, ce poste lui convient, car contrairement à de nombreux postes d'infirmières, il ne lui impose pas de temps de travail les soirs et les week-ends. Anne travaille en effet en parallèle dans le bar de son conjoint, ce qui est rendu possible par les horaires de ce poste à la SRAS.

Dans sa trajectoire, Anne n'évoque pas de vocation particulière pour le métier d'infirmière, et encore moins pour le monde de l'assistance, à l'instar de beaucoup d'autres infirmières rencontrées en centres d'hébergement. La vocation au métier d'infirmière est une rhétorique plus souvent mobilisée par les soignantes issues des classes populaires, comme Marie. En effet, le degré de prestige accordé au métier d'infirmière varie selon les positions sociales (Longchamp et al., 2020). Pour Marie, ce métier la sanctionne d'une véritable ascension sociale et d'un accomplissement scolaire valorisant, tandis que pour Anne, le métier d'infirmière s'insère dans un horizon plus large de métiers auxquels elle estime pouvoir prétendre (Longchamp et al., 2020).

Concernant son départ de la SRAS, Anne m'explique que son quotidien s'avère répétitif, voire ennuyant : « *ce n'est pas palpitant honnêtement* ». Elle indique passer 80% de son temps à préparer les piluliers et s'occuper des renouvellements d'ordonnances. Elle est en effet contrainte par le temps, et ne peut réellement réaliser le travail qu'elle s'attendait à mener avec les hébergés : « *il n'y a pas tant de relationnel que ça [...] c'est ultra frustrant* », dit-elle. De surcroît, Anne est une infirmière qui apprécie l'aspect technique de son métier. Ces tâches, comme les pansements ou les injections, ne relèvent toutefois pas de ses fonctions et sont réalisées par des infirmières libérales extérieures à l'établissement :

« Au final, il n'y a pas beaucoup de soins techniques, je ne fais pas beaucoup de pansements, parce qu'en fait le souci c'est que je ne suis pas là les soirs, je ne suis pas là les week-ends, je ne suis pas là tous les midis, et du coup s'il y a des pansements à faire tous les jours ou même tous les 2 jours, c'est compliqué. Du coup, je fais appel à des infirmières libérales, un peu comme à Virgile, et encore à Virgile j'en faisais un peu plus de pansements quand même que je faisais ici. On appelle les infirmières libérales, c'est plus simple qu'il y ait qu'une personne qui se charge en totalité des pansements ».

Anne, infirmière, 30 ans, CHRS de la SRAS

En entretien, Anne me dit qu'elle considère le métier d'infirmière comme composé de 50% d'aspect technique, et à 50% d'aspect relationnel. Le fait qu'elle ne se retrouve dans aucune de ces deux dimensions nobles du métier constitue une raison centrale de la cessation de son activité.

Son départ doit aussi être rapproché de son milieu social et de son souhait initial de devenir médecin. Cette expérience de travail au sein du monde de l'assistance semble constituer une dévalorisation pour Anne, car l'accès au métier d'infirmière, qui plus est auprès d'un public stigmatisé, apparaît dans sa trajectoire comme un déclassement social (Maurin, 2009 ; Longchamp et al., 2020). En étudiant les infirmières en milieu carcéral, Marc Bessin analyse la menace de dévalorisation du métier en raison du contexte d'exercice (Bessin, 2003). Lorsqu'elle était intérimaire à l'hôpital, Anne pouvait alors légitimer son travail par l'aspect technique de son métier. Les services dans lesquels elle a apprécié travailler, que sont les urgences et la chirurgie ambulatoire, sont fortement marqués comme étant des services de soins techniques, valorisés dans l'univers infirmier (Wolff, 2018). Le métier d'infirmière continue en effet de valoriser le travail autour de la guérison, du *cure*, tandis que le travail de *care*, qui nécessite un travail relationnel et qui s'inscrit dans un temps de soin plus long, reste empreint de désaffection (Rothier Bautzer, 2016). Anne Véga indique ainsi que : « les représentations professionnelles véhiculent toujours l'idée que l'infirmière ne se réalise pleinement qu'à

l'hôpital, dominées par le paradigme scientifique médical » (Véga, 1997, p. 109). Outre le public, c'est aussi l'éloignement de l'hôpital qui renforce la menace du déclassement du métier d'infirmière au sein du monde de l'assistance.

De la même manière, Julie, infirmière aux LAM de 26 ans, explique seulement quelques semaines après son embauche qu'elle n'envisage pas de rester longtemps ici, car : « *le geste invasif commence à me manquer* » explique-t-elle. Julie se considère en effet comme une infirmière qui « *aime la technique* ». Si elle apprécie cet emploi au sein des LAM, elle craint que d'y rester trop longtemps la fasse perdre en compétences techniques, ces dernières ayant une valeur sur le marché du travail infirmier. Les infirmières restant plusieurs mois en centres d'hébergement sont rares à retourner vers le milieu hospitalier. La plupart évoquent cette distance à l'hôpital comme un choix, mais on peut se demander si la coloration sociale de leurs fonctions, accentuée par la durée de leur exercice dans le monde de l'assistance, ne les tient pas à distance des postes hospitaliers valorisants. À cet égard, Julie explique ne pas souhaiter que son CV ait une empreinte sociale trop marquée, ce qui la pénaliserait dans ses souhaits de carrière à venir, au sein de l'hôpital.

En miroir, il semble que les postes « *en secteur social* », comme elles le disent elles-mêmes, sont situés dans la partie basse de cette hiérarchisation interne au groupe professionnel. Au-delà de la technique, cette hiérarchisation se fonde sur les perspectives d'évolutions permises aux infirmières. Au sein des centres d'hébergement d'Envol, les mobilités qui leur sont autorisées sont faibles, pour ne pas dire absentes. Les postes de cadres sont réservés aux travailleurs sociaux, ce qui cantonne les évolutions des infirmières à une mobilité horizontale, vers d'autres centres d'hébergement ou dispositifs de l'association.

Les infirmières dites « techniques », comme Anne et Julie, restent alors généralement peu de temps dans ces établissements. Cette figure d'infirmière correspond souvent à des soignantes issues de milieux sociaux favorisés, ou de classes moyennes. Leur système de valeurs semble placer l'institution hospitalière au sommet de la hiérarchie du soin, perpétuant une vision hospitalo-centrée. Dans ce cadre, elles accordent une importance à l'aspect technique de leur pratique professionnelle. La rencontre avec le social est souvent brutale, dans la mesure où il s'agit d'un monde méconnu jusqu'alors. Le monde de l'assistance offre finalement peu de possibilités de valorisation dans leur représentation symbolique du métier, ce qui les conduit à rester peu de temps à ces postes.

À rebours de cette figure, d'autres infirmières viennent de milieux sociaux plus modestes. Elles ont accédé aux postes d'infirmières après avoir eu d'autres expériences de soins, en ayant été aides-soignantes notamment. Pour Marie, c'est bien l'aspect relationnel de ses fonctions qui lui permet de légitimer son travail. Devenue infirmière, elle continue alors de faire-valoir cet aspect relationnel, davantage que l'aspect technique. La rencontre avec le social, si elle fait office de découverte, s'avère toutefois moins brutale que pour les autres infirmières décrites, notamment en raison de ses expériences passées dans des lieux de soin éloignés de l'hôpital.

Les oppositions entre les infirmières « relationnelles » et « techniciennes » ne sont pas uniquement des catégories permettant de penser les rapports différenciés au métier. Ces postures renvoient aussi à un questionnement fondamental du métier d'infirmière oscillant entre « revendiquer une participation croissante à l'acte médical et par là accuser leur dépendance vis-à-vis des médecins, ou bien se replier dans l'autonomie et la spécificité du geste infirmier, qui valorise la relation malade-infirmier et les gestes du "nursing" ? » (Chauvenet, 1972, p. 148). Ces postures individuelles renvoient ainsi à des tensions collectives et historiques d'un groupe professionnel en quête de légitimité, hésitant entre la revendication d'un savoir propre à démontrer, ou la participation à des aspects limités du travail médical. Au regard de cette tension, le monde de l'assistance se positionne clairement dans la première option en proposant un exercice du métier d'infirmière en autonomie, à distance du pouvoir médical, et en réalisant avant tout sur des soins de « nursing » (Chauvenet, 1972).

L'attention à ces infirmières qui en viennent à exercer au sein du monde de l'assistance montre que ce ne sont pas seulement des infirmières dites « relationnelles » qui sont recrutées. En revanche, ce sont les infirmières « relationnelles », capables de trouver des sources de satisfaction au travail dans ce monde, qui restent. Avec ces éclairages, j'é mets l'hypothèse que les infirmières historiques, longtemps restées à leurs postes, se rapprochaient davantage de la figure de Marie. Aujourd'hui, celles se rapprochant de ce profil semblent de moins en moins nombreuses, ce qui impacte la stabilité des infirmières à leurs postes au sein du monde de l'assistance. En miroir, l'expérience de Marie de 4 ans est souvent soulignée et collectivement saluée. Il lui fut d'ailleurs dit plusieurs fois qu'elle devrait aller travailler au sein des LAM pour former les nouvelles infirmières à sa vision, étant entendu par les travailleurs sociaux que Marie fait figure d'infirmière exemplaire au sein de l'association. Cette légitimité qui lui est accordée se rapporte notamment au fait qu'elle adhère au credo socio-sanitaire de l'association, par la

prise en charge holistique des patients qu'elle valorise, mais aussi par la prise de distance qu'elle opère vis-à-vis de l'hôpital, comme je vais le détailler maintenant.

3. *La mise à distance de l'hôpital*

Nous sommes le mardi 8 janvier 2019. Cela fait plusieurs jours que l'équipe du foyer du père Virgile s'inquiète de l'état de santé de Gaston, un hébergé de 57 ans. Il a beaucoup de mal à s'alimenter et semble s'affaiblir de jour en jour. Il ne parvient pas à prendre ses traitements, tant ses capacités d'ingestion sont compromises. La veille, deux éducateurs inquiets ont appelé les pompiers et ont conduit Gaston aux urgences. Ce dernier est revenu quelques heures après, sans avoir reçu de soins, car il explique en avoir « *eu marre d'attendre* ». Le lendemain matin, Marie me dit qu'elle retourne aux urgences avec Gaston, et qu'elle va rester avec lui jusqu'à ce que des soins lui soient dispensés. Je les accompagne.

Dans le box où Gaston est pris en charge, différents professionnels de l'hôpital défilent : aides-soignants, infirmiers, internes, médecins. Ces différents passages invitent Marie à commenter le fonctionnement hospitalier. Elle me dit alors que « *la blouse blanche* » ne lui manque pas. Parmi les différents passages de soignants aux urgences, celui de l'infirmier s'avère marquant. Lorsqu'il entre, il nous demande, à Marie et à moi, ce que nous faisons ici, les accompagnants n'étant pas autorisés (bien que nous ayons eu une autorisation d'un autre infirmier peu de temps avant). Marie signifie que le patient est au foyer du père Virgile, et que si l'on ne reste pas avec lui : « *il a tendance à partir, comme il l'a déjà fait hier* ». L'infirmier répond avec agacement : « *nous on ne peut pas forcer les gens à se soigner s'ils ne veulent pas !* ». Marie explique que ce n'est pas tout à fait cela, mais que Gaston est surtout impatient. L'infirmier rétorque que, pourtant, il va falloir être patient : si cela fait un mois que Gaston ne parvient pas à s'alimenter, ce n'est pas une véritable urgence. Avant de sortir du box, il nous dit que nous risquons de partir uniquement avec des soins à faire hors de l'hôpital, suggérant que notre passage aux urgences est une perte de temps. « *Quel connard !* » murmurer Marie, excédée, lorsque ce dernier sera parti.

Les heures s'écoulent ensuite sans que personne ne vienne plus voir Gaston. Marie m'explique que selon elle, ils l'ignorent volontairement : « *tout le monde fait semblant de ne pas nous voir, car personne ne veut vraiment s'occuper de lui* ». Gaston doit ensuite laisser la place à un autre patient dans le box et est placé sur un brancard dans le couloir des urgences. Marie commente à nouveau la situation avec colère et me dit que : « *pour être soigné ici, il faut être à l'article de la mort* » et ajoute dépitée que « *quand tu es pauvre, tu ne te fais pas*

soigner ». Elle me dit que cela lui donne envie d'arrêter de faire ce métier d'infirmière. Finalement, après 7 heures aux urgences, nous sommes renvoyés avec une ordonnance pour que Gaston prenne un rendez-vous chez un ORL (Oto-rhino-laryngologiste). À l'infirmierie ensuite, Marie me lance en souriant que pour ma thèse, elle m'« *autorise à leur cracher dessus* ». Puis elle me précise qu'elle ne leur jette pas la pierre, qu'elle sait ce que c'est, qu'ils sont débordés. Elle souligne toutefois être écoeurée de notre système de santé qu'elle qualifie comme une « *médecine à double vitesse* ».

Les réactions de Marie durant cette journée à l'hôpital témoignent du rapport qu'elle entretient avec son métier d'infirmière. La distance à l'hôpital et à sa blouse blanche apparaît comme un marqueur fort. Durant l'entretien mené avec elle, Marie me précise encore davantage combien l'hôpital la repousse :

« Tu vois, l'hôpital je ne pourrai pas y retourner, parce que maintenant, aujourd'hui l'hôpital c'est une question de finance, de rapidité, les personnes on les considère de moins en moins comme des personnes, après c'est que mon avis perso, pas dans tous les services... Mais limite, ils sont plus considérés comme des numéros de chambre que des personnes à part entière. Donc oui j'aime travailler avec ce public [les sans-abri] parce que déjà il est simple, il est... comment dire, quand je dis simple... par exemple, ils vont te dire : "oh, mais non, appelle-moi par mon prénom, oh et puis tu peux me tutoyer". À l'hôpital, ou dans un autre service, tu ne vas pas les tutoyer, et tu vas moins les appeler par leur prénom ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

L'enjeu de la considération des patients conduit Marie à se montrer critique vis-à-vis du monde hospitalier. Cette défiance vis-à-vis de l'hôpital la positionne comme une infirmière adhérant au credo associatif socio-sanitaire, faisant d'elle une alliée. Le rejet de l'hôpital ne concerne toutefois pas que Marie, ou les infirmières relationnelles. La dualisation entre les relationnelles et les techniciennes rencontre en effet des limites. Si elle permet de penser certains processus dans les trajectoires et rapports aux métiers des infirmières, il s'avère qu'un grand nombre d'entre elles oscillent entre ces postures. Ce qui les rassemble en centres d'hébergement n'est alors pas tant leurs dispositions relationnelles, que leur capacité à adopter un positionnement distancié et critique vis-à-vis de l'hôpital, comme l'a également remarqué Vianney Schlegel (2019).

Alix, infirmière aux LAM de 33 ans, me dit ainsi qu'elle « *déteste l'hôpital* », et qu'elle n'y a jamais travaillé, à part lors de stages obligatoires. Elle affirme qu'elle apprécie « *faire mon [son] truc toute seule* », et qu'elle n'aime pas travailler dans un contexte hiérarchique fort.

Au contraire, elle apprécie pouvoir prendre des décisions dans son travail : dans sa précédente expérience au sein de l'Éducation nationale, elle pouvait ainsi « *donner un médicament à un jeune si ça ne va pas* ». De son point de vue, l'hôpital est ainsi synonyme de contraintes, car ses actes d'infirmière sont davantage soumis au contrôle, et son autonomie professionnelle s'en trouve réduite. De manière anecdotique, elle ajoute qu'elle est allergique aux savons de l'hôpital, cette aversion se manifestant jusque dans ses réactions corporelles. Ces positionnements marquent un désir d'autonomie professionnelle pour ces infirmières. Celui-ci s'appuie sur le rejet du fonctionnement hiérarchique du milieu hospitalier : Vianney Schlegel montre que c'est « la hiérarchie particulièrement marquée de la division du travail médical et la subordination aux médecins qui font l'objet d'un rejet net » (Schlegel, 2019, p. 609). Les infirmières sont en effet nombreuses à exprimer un refus franc de cette subordination médicale : « *je déteste avoir un médecin sur le dos* », « *je ne pourrais pas travailler avec un médecin qui me dit ce que je dois faire* ».

Outre la mise à distance d'une division marquée du travail de soin à l'hôpital, c'est aussi le fonctionnement hospitalier plus large qui est rejeté. Avec le développement du *New Public Management*, le travail de *care*, historiquement mené à l'hôpital par les infirmières, est marginalisé. Elles sont en effet tenues au mot d'ordre « d'aller vite, aller à l'essentiel » (Acker, 2008, p. 63). Par ailleurs, Françoise Acker montre que la réduction du temps d'hospitalisation des patients à l'hôpital, au profit de soins réalisés en ambulatoire, peut freiner les infirmières à s'engager dans « des relations "sans lendemain" avec des patients qui vont sortir, effectivement, le jour même où le jour suivant » (Acker, 2008, p. 64). Souffrant de ces évolutions du contexte hospitalier, certaines infirmières en viennent alors à rendre la blouse.

« *C'est avant tout pour fuir la violence de l'hôpital* » que Camille, infirmière de 36 ans, est venue travailler aux LAM. Elle exerçait auparavant en service de gériatrie à l'hôpital et ne supportait plus les conditions dans lesquelles elle devait réaliser son travail, qu'elle trouvait néfaste pour les patients : « *c'étaient des soins à la chaîne, et sans aucun relationnel* ». Noémie, infirmière de 34 ans depuis quelques mois au foyer du père Virgile, tient le même discours : « *J'ai été dégoûtée de la maltraitance en EHPAD¹* ». La cadence, les horaires, mais surtout l'impersonnalité des soins génèrent pour certaines infirmières une perte de sens dans leur métier. C'est ce que confirme Françoise Acker, en évoquant les évolutions de l'hôpital vers un travail plus « émietté », engendrant « un sentiment de perte et d'insatisfaction. Les infirmières

¹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

se plaignent de ne plus pouvoir délivrer des soins qui aient du sens » (Acker, 2004, p. 64). Camille, Noémie et d'autres, dans leur quête de sens au travail, ont donc souhaité se rapprocher d'un poste où les conditions de soins sont plus bienveillantes. C'est ce que me confirme d'ailleurs Noémie, dès les premiers jours de sa prise de poste, persuadée de trouver davantage de bienveillance dans le travail social qu'au sein du monde médical.

Dans ces trajectoires, le travail social apparaît comme une possibilité de mieux exercer leur métier d'infirmière. En effet, « le social » est régulièrement appréhendé avec des représentations autour de la bienveillance, de la considération et de la dévotion. Au sujet du soin aux sans-abri, Isabelle Parizot analyse la différence entre l'univers symbolique humaniste, qui désigne le soin aux pauvres mené dans les dispositifs d'assistance, et l'univers symbolique médical, exercé à l'hôpital notamment (Parizot, 2003). Transitant de l'univers symbolique médical à l'univers symbolique humaniste, les infirmières parviennent à retrouver des formes de satisfactions professionnelles par la sollicitude et le relationnel qu'elles peuvent alors mener auprès des sans-abri (Parizot, 2003). Au sein du travail social, le temps qu'il est possible de passer auprès des patients est estimé plus long qu'à l'hôpital, favorisant une meilleure prise en charge de la personne (Valot, Di Prima, 2008). Paradoxalement, ce monde loin de l'hôpital apparaît donc comme une possibilité d'être une meilleure infirmière et ainsi d'occuper un poste où le respect des valeurs de bienveillance et de bienveillance est présumé comme étant au cœur de la fonction. Le monde de l'assistance constitue un levier de réenchantement du métier d'infirmière.

Le monde de l'assistance semble ainsi être un secteur d'activité attirant des soignantes détachées, voire critiques, de l'univers symbolique médical. Il en était de même pour Richard, le premier infirmier psychiatrique de l'association à être embauché, qui se montrait largement critique vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique (voir chapitre 2). La distance à l'univers symbolique médical est donc souvent le point de départ de l'engagement des soignants et soignantes au sein du monde de l'assistance. Pour autant, l'adhésion à l'univers symbolique humaniste ne va pas de soi (Parizot, 2003), sa réalité étant souvent plus éprouvante que ce ne qu'avaient envisagé ces soignantes.

4. *Le désenchantement du social*

Alors que la motivation principale de Noémie était de « *sortir de la maltraitance de l'EHPAD* », elle reconnaît, après quelques semaines d'exercice, qu'elle ne s'attendait pas à ce qu'il y ait autant de violence au sein du travail social. Elle peine en particulier à comprendre

« *la logique et le sens* » de l'exclusion temporaire d'un hébergé du foyer du père Virgile. « *Je ne m'attendais pas à ça* », me dit Noémie. Cette désillusion est un élément central que j'ai retrouvé dans la plupart des propos tenus par les infirmières, montrant que la phase de réenchantement du métier par le social se révèle temporaire. Avoir pu assister aux arrivées et aux départs de plusieurs infirmières a permis de saisir ces processus. Aussi, il semble que plus les infirmières étaient éloignées de l'univers symbolique humaniste, plus elles l'ont investie de représentations idéalisées les conduisant rapidement au désenchantement.

Cette nouvelle expérience professionnelle impose en effet aux infirmières de « passer à travers le miroir » (Hughes, 1958) et de déconstruire, puis d'intérioriser, de nouveaux modèles professionnels de référence. Les infirmières sont notamment, dans ce contexte, amenées à repenser leur rapport à l'alcool, comme l'indique Hélène :

« Au début quand je suis arrivée-là, dans l'infirmerie, j'avais au moins sept ou huit bouteilles de rosé, de rouge, des bières. J'ai regardé ça, j'ai dit c'est quoi ? Je ne comprends pas. Et du coup après effectivement j'ai compris. Et il m'est arrivé, et il m'arrive toujours, de donner un verre de vin, une bière à un résident qui est en manque. Et je me dis mais attends qu'est-ce que tu es en train de faire, tu es en train de donner de l'alcool [rire] ? Donc c'est vrai que c'est une situation paradoxale, mais en même temps nécessaire, parce que le monsieur qui est en manque, je vais pas le laisser en manque. Donc je suis là, je suis toute seule : faut que je donne. Mais bon ça ne me pose pas plus de problèmes que ça, parce que c'est aussi paradoxalement un acte médical, mais c'est vrai qu'au début quand t'es pas habitué, ça fait bizarre ».

Hélène, infirmière, 65 ans, CHRS de la SRAS

En venant travailler au sein du monde de l'assistance, les infirmières sont en effet amenées à déconstruire un certain nombre de représentations liées à l'alcool pour adhérer progressivement au fait que donner de l'alcool peut « *paradoxalement* » constituer « *un acte médical* » (Uribelarrea, 2020). Fred Davis a montré que la socialisation professionnelle des étudiantes infirmières impliquait une « conversion » (Davis, 1968). Venir travailler au sein du monde de l'assistance semble alors constituer une nouvelle conversion pour ces professionnelles. En effet, elles réenvisagent l'exercice du métier dans le travail social avec une « innocence initiale » fondée sur la représentation que le soin est : « ancré dans des valeurs issues de la culture chrétienne, telles que la "bonté" et "l'amour" à l'égard de ceux qui souffrent » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 63). Si certaines infirmières parviennent rapidement à déconstruire ces croyances et intériorisent le rôle attendu d'elles dans ce nouveau contexte de travail, comme Marie et Hélène, d'autres n'y parviennent pas, ou pas totalement. Le renouvellement du sentiment d'« aliénation de soi » (Davis, 1968), basé sur l'écart entre les

représentations initiales et la réalité du métier, conduit un certain nombre d'entre elles à envisager de partir.

Pour certaines, les départs sont envisagés avec le développement d'une activité libérale, non infirmière. Noémie aspire en cela à développer son activité de masseuse à domicile, qu'elle exerce en parallèle de son métier d'infirmière. En effet, il n'est pas rare que ces soignantes rencontrées aient des activités parallèles à leur pratique. Anne est ainsi serveuse, Noémie masseuse. La précarité des conditions de travail – auxquelles s'ajoute la perte de sens éprouvée au quotidien – pousse certaines infirmières à occuper plusieurs emplois. Ces doubles casquettes sont aussi des manières d'évoluer professionnellement. Anne Véga montre que les infirmières restent en moyenne huit ans dans le métier (Véga, 2000). À l'observation, les sorties du métier sont plus souvent progressives que radicales. Exercer une activité parallèle leur permet alors à la fois de tenir dans le métier, tout en se préparant une porte de sortie.

Ce double emploi, c'est aussi pour Anne, qui travaille pour son conjoint, une manière d'articuler ses engagements professionnels et personnels. Au-delà de ces emplois rémunérés, c'est aussi tout le travail domestique qu'il convient de prendre en compte concernant ces infirmières. Les conditions de travail au sein du monde de l'assistance, avec des horaires de journée, sont relativement rares pour les infirmières. Cette question des horaires est souvent présentée par ces professionnelles comme un choix important pour leur prise de poste dans ce milieu. C'est particulièrement probant pour celles qui ont des enfants, ce qui est le cas de Mélanie, infirmière de 35 ans à la Résidence des Peupliers. Fille de médecin, Mélanie a trois jeunes enfants. Elle a été recrutée dans l'association après avoir postulé sur le site de Pôle emploi. Infirmière libérale pendant plusieurs années, elle m'explique qu'elle s'épanouissait dans ce travail qu'elle exerçait dans la région des Hauts-de-France. Il y a quelques mois, son mari, ingénieur, a été muté. Elle a alors déménagé avec sa famille, ce qui l'a contrainte à cesser son activité libérale. On retrouve alors, à l'image de la trajectoire d'Anne, une mobilité géographique occasionnée par les engagements professionnels de leurs conjoints. Mélanie m'explique que même si elle trouvait son compte professionnellement en tant qu'infirmière libérale, elle a souhaité obtenir un poste salarié, qui plus est à temps partiel, avec des horaires de jour, afin d'avoir du temps pour ses trois enfants, dans cette période de transition. C'est donc en répondant à une annonce correspondant à ces critères que Mélanie a été embauchée au sein des CHRS des Peupliers.

Nicky Le Feuvre analyse, par le biais de récits de vie de femmes médecins, que certaines « logiques d'actions de ces femmes les orientent *a priori* vers des secteurs de l'activité médicale

dont les caractéristiques et les contraintes sont d'emblée les plus compatibles avec une identité centrée sur la carrière familiale et domestique (la médecine scolaire/du travail (salariée) ou bien les spécialités de ville sans garde ou urgences, telles la dermatologie ou la gynécologie médicale, voire même une pratique de généraliste centrée sur l'homéopathie ou l'acupuncture) » (Le Feuvre, 2001, p. 215). Ce constat, caractérisé par Nicky Le Feuvre comme une « logique d'intégration normative » de la différenciation des rapports sociaux de sexe (Le Feuvre, 2001, p. 215), semble s'appliquer à certaines des infirmières rencontrées en centres d'hébergement. Le monde de l'assistance apparaît en effet comme un secteur potentiellement compatible à l'articulation des temps de vie de ces femmes.

Cette réflexion permet d'identifier une sexuation des temps sociaux (Bessin, 2013). L'attention à la dimension quantifiable du temps permet de repérer que certaines de ces femmes sont amenées à orienter leur carrière professionnelle vers certains arrangements, comme Mélanie, qui sans cesser son activité d'infirmière, passe d'une activité libérale à temps plein à un poste salarié à temps partiel. Marc Bessin pointe toutefois que cette approche comptable du temps ne saurait rendre compte dans son entièreté des assignations temporelles des femmes, cette dimension quantifiable du temps étant avant tout un outil de mesure masculin (Bessin, 2013). Aussi, le double travail des femmes – rémunérateur et domestique – ne constitue pas seulement une addition de deux journées de travail en une, l'une succédant à l'autre, mais il implique aussi une double présence et une porosité des engagements dans ces activités (Bessin, 2013). Les infirmières rencontrées éprouvent fortement cette double présence, caractérisée par l'intrication des activités domestiques et professionnelles. Mélanie travaille ainsi en dehors de son temps professionnel, n'ayant pas le temps de terminer son travail dans les horaires impartis de son poste à temps partiel en CHRS. Comme de nombreuses infirmières, elle passe des coups de téléphone, prend des rendez-vous, échange avec des médecins ou des collègues hors de son temps de travail, y compris pendant ses congés. Anne m'explique également que les travailleurs ont tendance à la solliciter en dehors de son temps de travail :

« Oui, mais c'est régulier qu'on m'appelle le week-end, le soir à 20 heures, mais sur mon [téléphone] perso, pour me dire, "*ah il y a monsieur machin, c'est bizarre monsieur machin il n'a pas ce traitement-là ?*". Oui bah c'est pas grave, j'en avais plus, pour deux jours c'est pas dramatique. Mais bon.

Chloé : Ça doit être usant à force !

Ah oui c'est chiant, surtout que là, depuis peu j'ai arrêté. Comme je te disais tout à l'heure, je bossais dans le bar de mon copain et on m'appelait le samedi soir à 20 heures, donc là je suis en train de travailler donc non ».

Les infirmières rencontrées se rejoignent pour exprimer de différentes manières comment leur travail empiète sur leur vie personnelle. En miroir, le travail domestique s'insère lui aussi sur les lieux professionnels des infirmières, comme lorsqu'un matin, le fils de Mélanie est malade, ce qui implique qu'en parallèle de sa gestion de l'infirmierie, elle organise à distance la garde de son fils avec la mère de son mari. Cette double présence est particulièrement remarquable chez les infirmières, davantage que chez les travailleuses sociales. Les temps partiels et les horaires de journée semblent attirer des infirmières ayant des enfants en bas âges. En revanche, les horaires décalés imposés en centres d'hébergement pour les travailleuses sociales semblent nettement moins convenir aux jeunes mères. Aussi, contrairement aux infirmières, relativement peu de travailleuses sociales ont de jeunes enfants¹, les postes en centres d'hébergement étant peu compatibles à l'articulation des temps de vie.

Au-delà de cette intrication des temps sociaux particulièrement marquée chez les infirmières, ces dernières sont également confrontées à des injonctions temporelles contradictoires au travail. Généralement seules dans les infirmeries, elles éprouvent une pression temporelle forte, me semblant différente de celle des travailleurs sociaux. Elles sont en effet à la fois assignées à une dimension d'efficacité dans un temps restreint imparti, tout en étant sollicitées à rester dans une forme de disponibilité permanente. Leur emploi du temps est prérempli de tâches impératives, comme la préparation des piluliers, auxquelles s'ajoute une injonction à la disponibilité à agir et à écouter les hébergés comme les travailleurs sociaux. Elles doivent, de surcroît, faire preuve d'anticipation quant à la dégradation potentielle de l'état de santé des hébergés. Marc Bessin indique alors que « le temps et la maîtrise que l'on peut en avoir demeurent plus que jamais un attribut de pouvoir » (Bessin, 2013, p. 111). La faible maîtrise du temps dont elles disposent témoigne de leur inscription dans des rapports de pouvoir, dans lesquels elles semblent en partie dominées. En effet, l'exercice du métier majoritairement à temps partiel – à la différence des travailleurs sociaux – contribue à cette domination temporelle. Ce mode de travail entretient une représentation autour de l'indisponibilité de l'infirmière : cette dernière étant finalement soit absente, soit pressée. Par ailleurs, à ces injonctions contradictoires s'ajoute une responsabilisation de leur gestion du temps. Mélanie m'indique ainsi qu'à la suite d'heures supplémentaires réalisées en raison de sa charge de travail, il lui a été rétorqué qu'elle devait trouver une meilleure organisation de son

¹ En revanche, j'ai rencontré plus d'hommes ayant des jeunes enfants.

temps. Les infirmières sont considérées comme responsables de leur temps de travail, alors qu'elles sont en partie dépossédées de la possibilité de le contrôler.

Cette domination par le temps est source de souffrances pour elles, et semble impacter leurs souhaits – répandus – de quitter ces postes. Françoise Acker, parlant du « malaise » des infirmières (Acker, 2004, p. 63) pour évoquer leur cessation d'activité, invite à tenir compte des processus, contraintes et difficultés qu'elles rencontrent au travail. Selon la sociologue, les configurations professionnelles sont passées sous silence pour expliquer les départs des infirmières, les politiques publiques se focalisant sur l'incitation à l'entrée en formation (Acker, 2004). Pourtant, s'intéresser à ce qui les conduit à partir s'avère éclairant à bien des égards. En ce sens, l'absence de maîtrise du temps constitue un angle fort concernant le désenchantement de ce milieu, notamment lorsque celui-ci a initialement été investi de représentations de départ idéalisées autour de l'autonomie professionnelle.

En conséquence, j'émet l'hypothèse que l'absence de soignante ou soignant en tant que responsable hiérarchique, leur dispersion dans les centres d'hébergement, leur faible marge de manœuvre dans leurs tâches professionnelles et le contrôle de leur temps de travail constituent une manière de maîtriser la place accordée aux infirmières en centres d'hébergement. Dans une optique renouvelée de la vigilance de l'association quant au risque d'emprise médicale, la présence des infirmières semble conditionnée à un contrôle de leur travail. Cette hypothèse permet de mieux comprendre les tâches qui leur sont réservées. L'aspect technique de leur métier est en effet réalisé par des infirmières extérieures, et de surcroît, l'aspect relationnel de leur travail est lui-même mis à mal par la charge du travail qui leur incombe. Alors même que les besoins de soins auprès des hébergés ne manquent pas, elles restent contraintes à la réalisation de tâches faiblement valorisantes pour leur métier. Ce constat se rapporte à l'histoire plus générale des infirmières, dont Françoise Acker montre qu'elles ont de tout temps dû « lutter pour faire reconnaître leur travail comme un réel travail, qui mobilise des savoirs et des compétences » (Acker, 2004, p. 66). Appliquée à un autre contexte que l'hôpital, cette lutte ne semble en rien gagnée d'avance. Au contraire, la lutte pour la reconnaissance de leurs compétences se rejoue dans ce monde dans lequel elles doivent faire la preuve de leur légitimité. Les infirmières ont toutefois progressé dans leur lutte au sein de l'association, parvenant à dépasser leur assignation aux tâches liées aux corps des hébergés. Cependant, si ces infirmières sont parvenues à mettre à distance ce travail autour de l'hygiène des sans-abri, à qui a-t-il été délégué ?

II. Porter la blouse : la sous-traitance de la gestion des corps

Parmi l'ensemble des acteurs travaillant dans les centres d'hébergement, certains portent la blouse. Il s'agit de professionnels ayant un contact direct aux corps des hébergés, comme les aides-soignants, les auxiliaires de vie sociale ou encore les agents d'entretien. Le port de la blouse marque leur appartenance à des emplois peu qualifiés. Si certains sont salariés de l'association, une part non négligeable de ces professionnels en blouse sont employés par d'autres entreprises ou par des services de soins à domicile, comme les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Qui sont-ils et à quelles conditions sont-ils entrés dans les centres d'hébergement ?

1. *Le sale boulot : entre valorisation et délégation*

Dans les années 1990 et 2000, les tâches liées à l'hygiène des hébergés ont été largement attribuées aux femmes, travailleuses sociales et infirmières. Au cours des années 2010, ces femmes assignées à ces tâches peu valorisantes se sont mobilisées et ont trouvé des ressources pour accéder à des tâches plus nobles. Comme le montre Everett C. Hughes au sujet de l'hôpital, les transformations d'un monde professionnel conduisent souvent à un élargissement des tâches à réaliser, entraînant des effets de délégation du travail (Hughes, 1996). Concernant le monde de l'assistance, la féminisation des groupes professionnels et le processus conjoint de sanitarisations entraînent une augmentation des tâches liées aux soins des hébergés. Dans ce cadre, ce sont les activités les moins prestigieuses, qu'Everett C. Hughes définit comme du « sale boulot », qui sont progressivement déléguées à des groupes professionnels subalternes (Hughes, 1996, p. 72). Pour le sociologue américain, la délégation du sale boulot fait partie intégrante du processus de professionnalisation.

Au sein du monde de l'assistance, les oppositions classiques entre le « social » et le « médical » ne permettent pas de comprendre le processus de délégation du sale boulot. Ce mouvement ne se réduit pas par la transition de certaines activités vers des professionnels sociaux ou soignants. En revanche, c'est à l'éclairage des enjeux de la féminisation des différents groupes professionnels que peut être saisi ce processus de délégation. L'approche genrée des dynamiques professionnelles permet alors de comprendre comment, à la SRAS notamment, c'est le travail conjoint de l'infirmière et de la travailleuse sociale préposée à la prise en charge de l'hygiène des hébergés qui a permis la prise de distance avec ce sale boulot, en sollicitant des services de soins à domicile.

À la SRAS, pour soulager l'infirmière au niveau du travail d'hygiène, un poste de travailleuse sociale est créé en 2007. Exerçant toujours sur ce poste, Lynda explique :

« C'était un poste créé pour aider l'infirmière, c'était pour me mettre en binôme avec l'infirmière, pour aider à faire les douches et tout ça parce que les animateurs ils y arrivaient pas, donc pour voir l'état des chambres et tout ça ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

Lynda est conseillère en économie sociale et familiale (CESF) et est embauchée après une reconversion professionnelle. Elle passe son diplôme de CESF à 44 ans, après avoir travaillé pendant 15 ans dans le service après-vente d'un magasin de grande distribution. Ce poste à la SRAS est le premier qu'elle occupe après cette bifurcation professionnelle et elle y exerce désormais depuis dix ans (Grossetti, Bessin, Bidart, 2009). Si ce travail est « *en binôme avec l'infirmière* », il s'avère dès sa prise de poste que Lynda est amenée à travailler essentiellement en dehors de l'infirmierie, contrairement à sa collègue. Elle réalise en effet la majorité de son travail dans les étages, directement dans les chambres et couloirs où vivent les hébergés, à la différence de ses collègues travailleurs sociaux, qui disposent de bureaux éloignés de ces chambres.

En travaillant ensemble, Agnès, l'infirmière de la SRAS, et Lynda, s'engagent pour une meilleure prise en compte des conditions de vie des hébergés. Grâce à cette embauche, l'infirmière trouve en effet un soutien dans un combat qu'il lui semblait mener relativement seule jusqu'à présent :

« Moi ça me faisait mal au cœur. Édouardo [un hébergé], je me rappellerais toujours d'Édouardo. Il dormait par terre, sur son matelas. Pourquoi ? Parce qu'il avait cassé son lit et on ne lui avait pas changé pendant deux mois. C'était pour le punir. Et moi quand je suis arrivée, la première chose qu'Agnès elle m'a dit, l'infirmière, parce qu'elle disait moi je n'arrête pas de râler, mais toi maintenant tu vas avoir plus de poids, parce que tu vas être dans la collectivité. Donc j'ai laissé passer un mois, le gars il n'a toujours pas récupéré un lit. Tu vois Édouardo comme il était costaud ? Pour se lever du lit par terre, l'horreur. Donc du coup, à un moment donné je vais voir la gardienne, je lui dis bon qu'est-ce qu'il en est du lit à Édouardo, parce que là il est par terre c'est pas possible des conditions comme ça. "Bah il n'avait qu'à pas casser son lit !", j'ai dit oui bon... Mais on ne va pas le laisser comme ça. Alors elle m'avait fait croire qu'elle l'avait commandé, en fait elle ne l'avait pas encore commandé, alors je revenais à la charge et finalement il a eu son lit. Mais parce que je suis revenue à la charge ! Mais ça faisait déjà un moment qu'Édouardo il dormait par terre sur son matelas, tu vois ? Et les

matelas, les trous dans les matelas... les sommiers, des trucs à ressorts, mais tu te serais cru en prison tu sais, dans le temps ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

Lorsque Lynda évoque cette situation, elle montre sa pugnacité pour le respect de conditions de vie décentes des hébergés. Lynda ne peut détourner les yeux de ces conditions d'hébergement dégradantes, y étant quotidiennement confrontée dans son travail. Elle évoque également l'infirmière, visiblement tout aussi indignée, mais isolée jusqu'alors dans ses revendications. Cette alliance entre ces deux professionnelles, l'une soignante, l'autre travailleuse sociale, fait également sens dans un contexte où l'établissement demeure largement composé de professionnels masculins.

Outre la question des conditions d'hébergement, Agnès trouve un soutien auprès de Lynda concernant la prise en charge de l'hygiène des hébergés. Précisément, son embauche permet à l'infirmière de lui déléguer le travail autour des douches, qu'elle cesse alors de faire. À l'image de toutes les infirmières des établissements, elle arrête progressivement de réaliser ces soins d'hygiène et se consacre à des tâches liées aux suivis médicaux des hébergés. À bien des égards, le processus de délégation qui est analysé ici se rapproche du processus de délégation du sale boulot à l'hôpital, dans lequel les tâches associées au contact des corps des malades, hiérarchiquement moins prestigieuses dans le travail infirmier, ont progressivement été déléguées aux aides-soignantes (Arborio, 1996 ; Arborio, 2009).

Au sein de la SRAS, Lynda est alors amenée à réaliser de nombreux accompagnements d'hébergés à la douche, à les raser, les habiller. Son travail est marqué par la proximité corporelle avec les hébergés, pour lequel il faut souligner la dimension potentiellement ingrate. Lynda est confrontée à des odeurs corporelles parfois difficilement soutenables – bien qu'elle y soit accoutumée – mais aussi à des dégradations impressionnantes de certains corps. Ce sale boulot est aussi un boulot sale, comme l'analyse Anne-Marie Arborio : « le "sale boulot" délégué est, en l'espèce, un boulot sale, au sens où il amène à s'occuper de matières universellement reconnues comme sales, notamment les excréments corporelles, en général réservées aux catégories les plus subalternes dans une société. Ces tâches sont aussi celles qui amènent à travailler le plus directement sur le matériau qu'est le malade, sans la médiation d'aucun instrument. Elles impliquent d'enfreindre certaines règles de pudeur et parfois d'exercer une forme de violence sur les malades » (Arborio, 2009, p. 58). La finesse des analyses d'Anne-Marie Arborio résonne avec le travail mené par Lynda, quand bien même elle

n'est pas aide-soignante. Dans l'entretien mené avec elle, Lynda évoque ainsi ces dimensions de la saleté et de l'exposition à la pudeur :

« Marine [assistante de service social], la première journée qu'elle est venue avec moi en collectivité, c'était avec René qui était bardé de poux [rire]. Je lui dit là il va falloir qu'on te rase René ça ne va pas être possible de te laisser avec des poux comme ça [...]. Il traînait avec des gars de Virgile, il avait plein de poux quand il revenait, ah c'était l'horreur. Et donc je dis bon bah Marine, on va le raser, donc je lui ai rasé la tête, je l'ai rasé là [montre la barbe], et puis je lui dis bon bah René, par contre il va falloir faire aussi le zizi, il en avait plein dans le zizi ! J'y dis par contre René, le zizi je ne vais pas te le raser. Mais René, il était comme ça [mime la mollesse], je lui ai dit tu m'énerves, et j'ai tout rasé. Oh Marine elle s'en rappelle. Elle m'a dit c'est mon premier, je m'en rappellerai toujours [rires] ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

Cet extrait décrit l'exposition au boulot sale auquel est confronté Lynda, impliquant un franchissement certain des « règles de pudeur » ainsi qu'un contact direct avec certaines parasitoses, de surcroît transmissibles (Arborio, 2009, p. 58). Le ton que Lynda emploie témoigne néanmoins d'une forme de satisfaction face à la réalisation de ce travail qui heurte ses collègues. À l'instar des aides-soignantes à l'hôpital, elle obtient une forme de valorisation dans la réalisation de ce travail, à la fois en prenant part aux tâches initiales d'une catégorie professionnelle soignante (Arborio, 2009), et également en suscitant l'admiration de ses collègues pour ce travail qu'elle réalise. Ces éléments participent finalement d'un retournement du stigmate de ce sale boulot (Arborio, 2001).

Cette valorisation présente toutefois des limites. À l'observation et à l'écoute du travail de Lynda, il s'avère qu'elle tente elle-même de déléguer ce sale boulot. Elle a en effet réussi à faire figurer dans l'emploi du temps de ses collègues travailleurs sociaux un temps dédié à la « collectivité », soit aux tâches à faire dans les étages où dorment les hébergés. Cela implique la stimulation des hébergés pour le ménage de leur chambre, leur douche ou encore leur linge. Cette évolution vient de la mobilisation de Lynda et d'Agnès autour de la nécessité de prendre en compte ces aspects sanitaires de la vie des hébergés, et de la capacité de Lynda à faire comprendre qu'elle était débordée tant il y avait à faire sur ces aspects. C'est donc une véritable entreprise de visibilisation de ces tâches, cantonnées jusqu'alors dans l'ombre du travail féminin, qui est réalisée par Lynda. Pour autant, si elle est parvenue à faire inscrire ces tâches dans le planning des travailleurs sociaux, Lynda se dit déçue de l'investissement de ses collègues :

« Pour eux, la collectivité, c'est : "coucou, ça va ? ", ils disent bonjour à tous les résidents, oui, il y en a qui vont te demander qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui, mais il y en a d'autres ils passent dans les chambres et puis après à dix heures ils sont déjà là-bas hein, au bureau. Et moi je ne veux pas me battre avec le collègue. Moi on me met quelqu'un, on ne me met pas quelqu'un, moi je fais ma vie sans eux [...].

Chloé : Et pourquoi ils n'aiment pas la collectivité selon toi ?

Bah ça les fait chier, ça les fait chier de débarrasser une chambre, ça les fait chier d'obliger un gars à aller à la douche, d'obliger un gars à nettoyer, tu vois, ça les fait chier ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

Ainsi, l'implication réelle de ses collègues dans ces tâches ne lui donne pas pleine satisfaction, ces derniers parvenant en partie à contourner cette nouvelle prescription dans leur travail. L'agacement de Lynda ne se limite pas à son isolement dans ces tâches impliquant le contact corporel aux hébergés. Elle m'explique que c'est plus largement tout un ensemble de préoccupations invisibles, mais essentielles au bon fonctionnement de l'institution, auxquelles elle est assignée :

« Tu vois quand Catherine elle est partie, qui a pris le relais de Catherine pour les commandes ? Bah c'est moi, ça m'est retombé dessus, voilà. Parce que je fais la collectivité, donc la commande de sopalin, de papier-cul, tout ça donc ça m'est retombé aussi dessus, il y a plein de petites choses qui se sont rajoutées [...]. Tu vois là par exemple la commande de sopalin, j'y pense depuis ce matin, mais je n'ai pas encore eu le temps de la faire. Bah je la ferai demain. Il n'y aura pas de sopalin pendant deux jours et puis c'est tout. Tu vois ? Mais plein de petites choses comme ça, et il faut que tu penses à tout ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

Cet extrait témoigne de la charge mentale associée au travail de *care* auquel Lynda fait face (Tronto, 2009 [1993]). Il est d'ailleurs intéressant de voir qu'elle fait référence à Catherine, dont j'ai décrit la trajectoire dans le chapitre précédent. Lynda confirme que cette pionnière de la SRAS était non seulement assignée à l'hygiène des hébergés, mais aussi à l'ensemble des tâches invisibles que ce travail de *care* implique. Cela montre combien le *care*, outre la question du travail émotionnel, comprend également des aspects matériels, qui restent très souvent dans l'ombre (Tronto, 2009 [1993]). La préoccupation à autrui n'est pas seulement une considération relationnelle et empathique, elle recouvre également des tâches variées, invisibles et souvent pénibles ou fastidieuses, mais nécessaires dans la considération de l'autre. Penser au papier toilette, si cela peut relever de l'anecdote, témoigne précisément de ces dimensions matérielles

du *care*. Cette sollicitude, accompagnée de son ensemble de tâches invisibles, dépasse d'ailleurs la prise en compte des hébergés. Lynda est parfois amenée à s'occuper des draps de ses collègues hommes qui travaillent de nuit dans l'établissement. Si chaque travailleur social est considéré comme responsable de sa literie pour sa nuit, Lynda m'explique qu'elle se retrouve régulièrement face à un tas de draps sales dans le couloir où elle travaille, la présupposant alors à s'en occuper.

Pour autant, Lynda se décrit comme sachant « *taper du poing sur la table* ». On peut analyser ces propos par le fait que Lynda a été socialisée au métier par Catherine. Elle hérite donc directement de l'ethos professionnel des pionnières, mettant en exergue des capacités fortes d'affirmations au sein de cet espace professionnel majoritairement masculin. En cela, Lynda parvient, dans une certaine mesure, à impliquer ses collègues. Mais surtout, elle a trouvé une autre manière, plus efficace, de déléguer ce sale boulot. Lynda va en effet progressivement faire appel à différents professionnels de service à domicile. Elle va solliciter des auxiliaires de vie sociale, puis des aides-soignants ou des aides médico-psychologiques (AMP), en fonction des droits sociaux des hébergés. Elle va alors structurer, *manager* même, le travail de professionnels subalternes, qui s'avèrent, eux, porter la blouse. En les formant, en leur attribuant des heures, et en encadrant ce travail d'hygiène, Lynda va à la fois déléguer une partie du travail qu'elle réalise auprès des corps et anoblir son quotidien de travail en prenant des responsabilités managériales auprès de ces professionnels peu visibles. Un de ses collègues commente d'ailleurs l'évolution des fonctions de Lynda :

« Le rôle de Lynda aujourd'hui c'est plus un rôle de coordination parce qu'aujourd'hui on a beaucoup d'intervenants extérieurs, on en a trois minimum le matin, quatre avec les chantiers d'insertion, plus l'hôpital cinq, donc les infirmières libérales etc., donc voilà sa mission elle a changé ce n'est pas emmener les gars à la douche pour faire la toilette. C'est plus ça ».

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, CHRS de la SRAS

En recyclant ses compétences acquises au sein du secteur tertiaire, notamment en termes de management, Lynda parvient à se détacher d'une partie des tâches lui étant initialement assignées, même si elle continue de réaliser quelques accompagnements à la douche elle-même. À Virgile, c'est un processus similaire qui se joue dans le même temps. Au milieu des années 2010, une éducatrice spécialisée y est recrutée, précisément parce qu'elle était AMP avant d'être éducatrice. Cela fait alors écho au constat établi concernant les enjeux des recrutements des travailleuses sociales disposées aux soins, développé au chapitre précédent. Jérémie indique

que cette femme, Rachelle, est recrutée dans un contexte où la prise en charge du *care* fait l'objet d'une réticence masculine :

« Jérémie : Et les collègues hommes qui se refusaient totalement de le faire [les douches], et qui étaient là "moi je suis animateur je ne suis pas là pour faire des toilettes".

Aline : Ah oui c'est vrai !

Jérémie : Donc il y en a qui s'y collaient tout le temps, et d'autres jamais ».

Jérémie, travailleur social non diplômé, 36 ans et Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

Cet extrait souligne à nouveau la division genrée du travail de *care*, contribuant alors à l'embauche d'une femme dont ce sera l'activité. Presque vingt ans après l'embauche de Catherine sur le même modèle, ce processus de recrutement féminin se poursuit, y compris auprès de femmes diplômées du travail social, Rachelle étant éducatrice spécialisée après avoir été AMP. Elle est alors assignée à la réalisation des douches, mais rapidement, en alliance avec une autre éducatrice, elle va solliciter différents services de soins, jusqu'alors méconnus des centres d'hébergement :

« Jérémie : Et un autre aspect de la santé : les parasites, il y en a encore, mais beaucoup moins...

Aline : Mais grâce au SPASAD, notamment.

Jérémie : Oui c'est ça.

Chloé : Le SPASAD il intervient depuis quand à peu près ?

Jérémie : Rachelle, tu te souviens, elle est embauchée parce qu'elle est AMP de formation, avant d'être ES, et c'est elle qui va faire des toilettes, parce qu'elle, elle sait faire des toilettes [...].

Aline : Oui, mais ça ne dit pas quand le SPASAD elle est arrivée ?

Jérémie : Alors Rachelle elle est arrivée dans les années...

Aline : Moi je dirai que ça fait trois ou quatre ans, non ?

Jérémie : Ouais un peu plus... ouais non c'est ça, 2014, oui ça doit être ça à peu près... Je ne sais pas combien de temps elle était restée [...]. Mais en fait tout ça pour dire, Laurence [éducatrice] et Rachelle qui étaient là, et qui militaient justement pour faire rentrer de l'aide à la toilette et des choses comme ça, et en fait ce n'était pas possible, mais le fait que l'équipe se féminise, mine de rien... ».

Jérémie, travailleur social non diplômé, 36 ans et Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

La féminisation des équipes, et l'assignation de ces femmes à ce travail éloigné de leurs qualifications a conduit ces dernières à trouver des ressources pour déléguer ces tâches autour de l'hygiène. Elles ont en effet « milité » pour faire intervenir des professionnels moins qualifiés qu'elles, afin de sous-traiter ce travail pour lequel elles étaient jusqu'alors désignées. Concrètement, l'intervention de ces professionnels du soin à domicile est conditionnée à une prescription médicale ou à certains droits sociaux : les personnes ayant la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) peuvent ainsi bénéficier de certaines heures d'accompagnement. La mise en place de cette sous-traitance dans la gestion de l'hygiène a nécessité des connaissances sur les droits sociaux des hébergés. Cela implique des ressources techniques et administratives que ces éducatrices ont su faire valoir, notamment car ces femmes sont toutes titulaires de diplômes du travail social. La féminisation et le processus conjoint de qualification des équipes éducatives a alors permis cette évolution. Plus encore, ce point permet de poursuivre l'analyse traversante de cette section, sur l'articulation du processus de sanitisation à celui de la féminisation. En effet, le processus d'assignation des femmes à la matérialité du *care* n'est pas un processus achevé, ces femmes se mobilisant à leur tour pour déléguer ce travail autour du soin, cette fois à des groupes professionnels subalternes.

2. *Des professionnels du domicile... en collectivité*

Plus qu'aux professions intermédiaires du social ou du paramédical, ces porteurs de la blouse sollicités dans ces établissements appartiennent aux métiers des services à la personne. Ils et elles ne sont pas embauchés par Envol, mais sont salariés d'associations ou d'entreprises spécialisées dans les soins à domicile. Ces professionnels que sont les auxiliaires de vie, les AMP, les aides ménagères ou encore les aides à domicile travaillent, dans leur exercice classique du métier, au domicile de personnes dépendantes. Amenés à intervenir dans les centres d'hébergement, ces professionnels du domicile sont conduits à travailler dans un contexte institutionnel, en collectivité.

Aujourd'hui au foyer du père Virgile et à la SRAS, des aides-soignants et AMP d'un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont présents la majorité des matinées et accompagnent des hébergés à la douche et dans leur habillage. Ce ne sont pas toujours les mêmes professionnels qui interviennent puisque les passages par les centres d'hébergement font partie d'un roulement, à l'instar des passages aux domiciles des personnes qu'ils réalisent par ailleurs. Il s'agit majoritairement de femmes, mais plusieurs hommes font

partie de cette équipe. Il faut d'ailleurs préciser que les hommes rencontrés ne portent généralement pas la blouse, contrairement aux femmes qui occupent pourtant les mêmes postes.

L'un d'eux, Jules Delamare, rencontré en entretien, m'explique qu'il est AMP de formation, mais qu'il fait fonction d'aide-soignant au sein du SPASAD. Les hébergés concernés par son intervention sont généralement les plus dégradés physiquement, marqués corporellement par les stigmates de la vie à la rue. Pour autant, il précise que le public des centres d'hébergement est moins dépendant comparé aux personnes qu'il accompagne à domicile :

« Il y a peu de soins réels sur les gens, enfin ils se lavent tout seuls en fait, c'est vraiment de l'accompagnement, aider à déshabiller, mais à part nettoyer le dos, les pieds, moi personnellement c'est vrai que je les touche assez peu directement. Mais oui c'est de l'accompagnement, de dire n'oublie pas tes genoux, enfin voilà. En fait c'est un gros travail de stimulation pour la plupart ».

Jules Delamare, AMP faisant fonction d'aide-soignant, 37 ans, SPASAD

Ce professionnel habitué à exercer à domicile voit en effet des différences entre le public des centres d'hébergement et les autres suivis qu'il réalise. À domicile, les personnes sont plus âgées et plus dépendantes selon lui. Il trouve alors du sens à sa pratique en centres d'hébergement, en intervenant auprès d'un public plus jeune, correspondant de surcroît à « *une population qui l'intéresse* ». Il ajoute qu'au départ, peu d'aides-soignants ou d'AMP étaient intéressés pour intervenir dans les centres d'hébergement, en raison de certaines craintes associées aux personnes sans-abri. Le service a alors contraint les nouveaux et nouvelles professionnelles à aller y travailler. Échangeant avec une aide-soignante, celle-ci m'a expliqué aujourd'hui apprécier son travail dans les centres d'hébergement, mais avoir effectivement déconstruit certaines représentations qu'elle avait initialement en venant y travailler.

À l'écoute de ces professionnels, leur plaisir à intervenir en CHU et en CHRIS est aussi lié au fait que leur travail y est plus borné qu'à domicile. Jules explique qu'au domicile des personnes chez qui il intervient, il est régulièrement amené à dépasser le cadre de ses fonctions :

« Chloé : Il y a des fois des choses que du coup vous êtes amenés à faire qui dépassent un peu le cadre ?

Oui oui, oui bien sûr ! [...] Je dirais que c'est plus à domicile, parce qu'en fait mine de rien les gens sont plus encadrés [en centres d'hébergement], il y a du personnel tout le temps, tandis qu'une petite grand-mère en appartement un peu seule, à part les gens qui viennent lui donner sa douche, des fois il y a pas grand-chose, enfin voilà, mine de rien, les gens à domicile souvent sont

plus isolés [...]. Donc il peut y avoir tout ce qui est réglage des télévisions, réparer le volet, le grand classique : ouvrir le courrier, lire la lettre des impôts, voilà ces petites choses-là, remonter le pain, enfin voilà, déboucher des toilettes. Non mais c'est des petits trucs de gens isolés et, c'est vrai que oui, en structure, bon bah finalement ils sont un petit peu quand même pris en charge, le linge ça marche tout seul, enfin voilà... ».

Jules Delamare, AMP faisant fonction d'aide-soignant, 37 ans, SPASAD

Alors que ces métiers du domicile sont classiquement marqués par de faibles cloisonnements, les contraignant à mener diverses tâches éloignées de leurs fonctions principales (Avril, 2006), le contexte institutionnel des centres d'hébergement cloisonne davantage leurs fonctions et constitue un garde-fou contre les tâches annexes à leur activité professionnelle. L'exercice de ce métier du domicile au sein d'une collectivité donne alors la possibilité de réaliser uniquement le « vrai travail ». L'attention à ces professionnels en blouse permet alors de mieux saisir les hiérarchies inhérentes au sale boulot. Pour Jules, le sale boulot n'est pas le contact corporel des corps, mais bien la réalisation de tâches annexes aux soins. Ainsi, le sale boulot varie considérablement selon les positions des professionnels rencontrés. L'association sous-traite ce qu'elle appréhende comme du sale boulot à ces professionnels du domicile, mais elles et eux trouvent là une occasion de s'extraire des contraintes liées à l'exercice ordinaire de leur métier. Pour autant, il existe des professionnelles situées encore plus bas dans la hiérarchie, venant nuancer cette harmonie dans la division du travail de soin et réintroduire des logiques genrées dans l'exercice de ces métiers.

3. *« Je déteste qu'on nous appelle des femmes de ménage, déjà on fait les douches ! » : la valorisation du travail de care*

Pour les sociologues, les métiers du domicile sont traversés par des logiques genrées structurantes (Dussuet, 2017 ; Avril, 2006). L'exercice de ces métiers de service « à domicile » constitue, selon Annie Dussuet une forme d'« externalisation du travail domestique » (2016, p. 123). Mais alors, que se passe-t-il lorsque ces métiers du domicile s'exercent dans un contexte institutionnel ? Ce cadre prémunit-il ces femmes du travail gratuit ?

À la SRAS, deux auxiliaires de vie sociale sont présentes à temps plein au sein de l'établissement. Ces femmes ne sont pas salariées de l'association, mais sont salariées d'une entreprise privée de soins à domicile. Cependant, elles ont une quantité d'heures à dispenser si importante vis-à-vis des hébergés qu'elles les réalisent toutes au sein du même lieu, et n'ont

pas à aller à d'autres domiciles. Outre les soins d'hygiène, les auxiliaires de vie¹ sont amenées à réaliser des tâches d'entretien des chambres, contrairement aux AMP et aides-soignants du SPASAD. Au sein de cet établissement, les auxiliaires de vie sont communément appelées « *les filles* », marquant l'assignation d'une identité de genre au rôle qu'elles occupent.

Passer une journée aux côtés de ces « filles » a été difficile à négocier. Initialement, elles n'ont pas bien compris ma démarche. J'ai alors expliqué qu'elles réalisaient selon moi une part invisible du travail de soin mené auprès des hébergés, ce qui les a convaincues d'accepter, en précisant que leur accord valait uniquement parce qu'elles me connaissaient bien. J'ai donc suivi Malika, une auxiliaire de vie de 46 ans. Elle intervient depuis de nombreuses années à la SRAS, et connaît très bien le fonctionnement et les hébergés de l'établissement. Toutefois, même si elle réalise un temps plein au sein du foyer, elle reste à la marge de l'équipe éducative : elle n'assiste pas aux réunions et ne mange pas avec les travailleurs sociaux, par exemple. En passant une journée avec elle, je m'aperçois qu'elle est plus familière des personnels d'entretien des locaux que des professionnels sociaux. Elle est toutefois amie avec Lynda, qui, si elle n'est pas officiellement sa responsable hiérarchique, joue un rôle de coordination à son égard. Lynda signe en effet les feuilles de présence de Malika pour son employeur et organise son temps de travail.

À mon arrivée, Malika m'a donné « *une blouse d'infirmière* », blanche, car il n'y en avait pas d'autres, tandis que la sienne était bleu ciel. Outre l'anecdote, cette attribution souligne la marque de ma position dominante. Durant la journée, elles se sont avérées plutôt déstabilisées par ma présence, ne sachant pas si j'observais, ou si je travaillais avec elles. J'ai fait le choix de réaliser les tâches avec les auxiliaires de vie afin de ne pas constituer une gêne et de leur rendre service, contrepartie du temps qu'elles prenaient pour m'expliquer leur travail. C'est d'ailleurs la solution trouvée par Anne-Marie Arborio ou encore Christelle Avril pour étudier ces métiers féminins et souvent disqualifiés (Arborio, 1996, Avril, 2006). J'ai ainsi fait des lits, le ménage, et ai assisté à un bain, en me maintenant physiquement à une certaine distance dans cette situation particulière. À l'issue de la matinée, elles m'ont congédiée en m'expliquant qu'il n'y avait « *rien à faire l'après-midi* ».

J'ai appris durant cette matinée que Malika était originaire de Roumanie. Lorsqu'elle était jeune, elle y a initié des études pour devenir infirmière. Elle m'explique avoir arrêté ses

¹ Elles se présentent elles-mêmes comme des « auxiliaires de vie », et non comme des auxiliaires de vie sociale. J'opte donc pour ce premier mode de désignation.

études en venant en France, ce qu'elle regrette. Sa trajectoire peut alors s'inscrire dans ce que Liane Mozère qualifie de « marché mondial de la domesticité » (Mozère, 2002, p. 373), où les besoins domestiques de certaines personnes du Nord sont assurés par des femmes issues de régions du monde lointaines et plus pauvres.

Au tout début de la matinée, Malika me recommande fermement de ne « *pas rester à la SRAS* » – un conseil qu'elle donne également à sa jeune collègue auxiliaire de vie – et d'aller plutôt « *travailler au CNRS*¹ » me concernant. Sa connaissance de cette institution scientifique témoigne des ressources culturelles qu'elle détient. Si elle trouve certaines sources de satisfaction dans son travail, Malika l'envisage globalement comme étant peu valorisant. C'est pour cela qu'elle conseille aux jeunes femmes qu'elle côtoie de ne pas rester à la SRAS. Indépendamment des fonctions exercées, c'est bien le public de l'établissement qui est envisagé comme une source de stigmat. Dit autrement, il semble que le travail de *care*, peu valorisé dans notre société (Tronto, 2009 [1993]), est encore davantage discrédité lorsqu'il est exercé auprès de populations elles-mêmes discriminées, l'activité et le public se conjuguant dans cette dévalorisation.

Nettoyer les chambres, laver les hébergés, les habiller, les raser, laver leur linge et le ranger sont, entre autres, les tâches concrètes qu'exécutent les auxiliaires de vie. Ces tâches renvoient alors à ce que Jean Peneff analyse au sein de l'hôpital comme un « préalable indispensable... pour que les acteurs prestigieux de la médecine puissent entrer en scène » (Peneff, 1992, p. 79). Cette « mise en condition » (Arborio, 2009, p. 59) des hébergés est en effet tout à fait indispensable au travail des autres professionnels, notamment des travailleurs sociaux, et dans le même temps largement invisibilisé en raison de l'indignité et de l'intimité qu'implique ce travail.

Malika parvient néanmoins à trouver certaines sources de valorisation dans son travail. Dans sa pratique, elle met en avant une connaissance fine des hébergés et de leurs goûts. Alors qu'elle accompagne un hébergé dans son bain, je constate que la porte de la salle de bain est restée grande ouverte. Je demande à cet homme s'il souhaite que je ferme la porte. Malentendant, ce dernier ne me répond pas. Malika me répond tout de suite : « *non, il aime avoir la porte ouverte* ». La personne me demande de répéter ma question plus fort, et il me donne la même réponse que Malika. Elle me lance alors avec un sourire : « *ah si moi je ne connais pas les gars !* ». Elle ajoute qu'elle sait même comment border les lits de chacun des

¹ Centre national de la recherche scientifique.

cinquante hébergés, selon leurs habitudes et préférences. Les auxiliaires de vie développent en effet des attentions et des préoccupations aux hébergés considérables. Elles préparent leurs sacs lorsqu'ils partent quelque part, pensent à leurs anniversaires, ou encore anticipent les tenues selon les événements qu'ils ont dans la journée ; comme mettre un polo si l'hébergé a rendez-vous avec son médecin par exemple. Ces éléments leur demandent des compétences d'anticipation, d'écoute et de mémoire non négligeable.

Elles assurent également une certaine veille sanitaire. En voyant les corps nus des hébergés, elles constatent souvent en premières les dégradations des corps. Alors que Malika nettoie le lavabo d'un hébergé suite à sa toilette, elle constate des taches de sang dans l'évier. Elle tord le gant de toilette et m'appelle : « *tu vois, là, il y avait du sang dans ses selles, parce qu'il y a du rose quand je rince le gant* ». Elle le signale ensuite à des travailleurs sociaux, mais cette information ne sera pas notée dans le cahier de liaison. Plus tard, Malika m'explique qu'elle a retrouvé il y a quelque temps ce même hébergé un matin « *tout blanc, pas bien du tout* ». Elle en a alors fait part aux professionnels, qui lui ont répondu qu'elle n'était pas médecin. Le lendemain, l'hébergé a fait un arrêt cardiaque qui l'a conduit à être hospitalisé. Par ces situations et pratiques qu'elle commente, Malika me montre que son travail est bien autre chose que faire le ménage. À l'instar des concierges étudiés par Hughes, les auxiliaires de vies sont des professionnelles assignées au sale boulot. Par ces fonctions, ces professionnels disposent toutefois d'un « contrecoup » (Hughes, 1996, p. 82), leur permettant de tirer certaines satisfactions dans leur travail. Pour les concierges, il s'agit notamment, par la gestion des détritrus, d'être au courant des affaires intimes des locataires. Pour les auxiliaires de vie, il s'agit, par la gestion des corps, d'acquérir une expertise unique sur les hébergés, qu'elles sont les seules à maîtriser.

Pour Malika, cette valorisation des tâches de soin s'explique sans doute en partie par son aspiration contrariée à être infirmière lorsqu'elle était plus jeune. Ainsi, elle accorde une valeur particulière au fait de prendre soin des hébergés, car cela constitue dans son univers symbolique l'aspect valorisant de son travail. Elle me raconte ainsi qu'avant d'intervenir à la SRAS, elle exerçait au domicile d'une « *vieille dame* », pour qui les infirmières ne venaient pas suffisamment lui faire les soins dont elle avait besoin. Malika prenait alors en charge des tâches qui *a priori* ne relevaient pas de son champ d'action. Au moment du décès de cette femme, son fils a fait paraître un article dans lequel il a salué le travail de Malika, qu'il a citée comme aide-soignante. La fierté du ton de Malika en me racontant cette situation témoigne de la valeur

qu'elle accorde aux tâches de soin dans son travail, ici reconnu en étant désignée comme aide-soignante et non auxiliaire de vie.

Aussi, Malika m'explique qu'elle déteste l'appellation de femmes de ménage, à laquelle elle est souvent réduite, tant par les hébergés que les travailleurs sociaux. Pour s'extraire de cette assignation réductrice, elle précise : « *déjà on fait les douches !* ». Cette correction permet de pointer que leur travail ne se cantonne pas aux aspects matériels de la gestion des corps comme les lessives ou le ménage des chambres. En outre, elles réalisent aussi les habillages et les rasages des hébergés. C'est précisément le toucher des corps qui leur permet de se distinguer des autres emplois de services auxquels elles sont assimilées, comme les femmes de ménage (Avril, 2006). Ces gestes leur permettent d'accéder à la « dignité de la thérapeutique » (Freidson, 1984, p. 77, Arborio, 2009, p. 57). Le contact corporel est alors valorisé vis-à-vis des tâches d'entretien, comme le montre Anne-Marie Arborio en pointant que cette distinction structure les différences de métiers à l'hôpital entre les aides-soignantes et les agents de service hospitalier (ASH) (Arborio, 2009). Au sein des centres d'hébergement, le sale boulot n'est toutefois pas aussi nettement différencié qu'à l'hôpital par des corps professionnels distincts. Les auxiliaires de vie sont précisément dans cet entre-deux, entre les tâches de ménage et de soins ; pour lesquelles elles ne sont pas toujours reconnues cependant.

Cette valorisation du travail de *care* dans la trajectoire de Malika n'est pas généralisable à toutes les femmes exerçant dans ces métiers d'« entretien matériel des corps » (Guillaumin, 1978). Christelle Avril, en étudiant les limites que l'on peut attribuer à la notion de *care*, rappelle que certaines aides à domicile auprès de qui elle a enquêté s'en détachent clairement, affirmant « ne pas aimer les personnes âgées » et envoyant la sociologue « discuter avec la mamie », tandis que l'aide à domicile réalise les tâches ménagères (Avril, 2018, p. 207). La capacité à valoriser le travail de soin semble en partie liée à la trajectoire de ces femmes exerçant dans ces métiers de services, et à leur capacité à s'inscrire dans ce qu'Annie Dussuet nomme du « bon *care* » (Dussuet, 2017). Ce « bon *care* », auquel Malika participe, implique l'attention aux personnes, contrairement à l'exercice de ce travail de manière mécanique. Annie Dussuet analyse ainsi que ces travailleuses domestiques font face « à un choix impossible : effectuer leur tâche mécaniquement et en perdre le sens ou réaliser un surplus de travail, non rémunéré, pour en conserver l'intégrité » (Dussuet, 2017, p. 113). Malika ayant profondément intégré l'importance du sentiment d'utilité sociale qui structure « la perception féminine du "métier idéal" » (Lemercier, 2008, p. 17), préfère trouver du sens au travail, quitte à réaliser ce surplus de travail concernant l'attention aux hébergés. Aussi, si les auxiliaires de vie ne relèvent *a priori*

pas de la catégorie professionnelle des soignantes, l'éclairage de la trajectoire de Malika et des tâches qu'elle réalise au quotidien montre qu'elle agit bien dans une optique de soin.

4. *Le care a ses contraintes, que la raison ignore*

La mise en avant des aspects soignants du rôle des auxiliaires de vie ne doit pas masquer la part ingrate du travail qu'elles réalisent et leur exposition particulière à la vulnérabilité (Tronto, 2009 [1993] ; Sahraoui, 2019). Dans la lignée des réflexions posées par Christelle Avril, la notion de *care* ne doit pas être sentimentalisée ni dissimuler la question de la pénibilité au travail (Avril, 2018). À l'instar des aides à domicile que la sociologue étudie, les auxiliaires de vie sont confrontées à des contraintes physiques (Avril, 2006). « Transporter l'aspirateur d'une pièce à l'autre, voire d'un étage à l'autre, transporter le linge pour l'étendre, sortir les poubelles, pousser le lit ou une commode pour balayer derrière » (Avril, 2006, p. 89-90) sont précisément des tâches effectuées par les auxiliaires de vie, auxquelles s'ajoute le travail auprès des corps. Si elles ne soulignent pas cet aspect de leur travail dans les échanges menés, ce sont les observations qui rendent compte de cette part de travail physique. Malika profite d'ailleurs de ma présence lors de cette journée pour me demander de faire les allers-retours entre les étages, pour aller chercher les couvertures, ou encore pour descendre la vaisselle accumulée par les hébergés dans les chambres.

Au-delà des contraintes physiques, les auxiliaires de vie font face à des difficultés d'ordre émotionnelles et relationnelles (Sahraoui, 2019). Si elles ont acquis une expertise pour savoir comment obtenir l'adhésion des hébergés pour qu'ils prennent leurs douches, il est fréquent que ces derniers refusent, avec plus ou moins de véhémence. Tenir compte des possibilités de résistances des personnes vulnérables à leur propre prise en charge fait partie intégrante du travail du *care* (Tronto, 2009 [1993]). La connaissance qu'a Malika des hébergés n'est alors pas qu'une question de sollicitude, c'est aussi la condition à laquelle elle peut réaliser son travail. Les connaissances de certains détails les concernant, comme savoir s'ils préfèrent se laver en début ou en fin de matinée, donnent aux auxiliaires de vie des ressources dans ce travail de négociation quotidien avec les hébergés. Cette dimension du métier, qui est pourtant préalable à la réalisation de tout leur travail, est invisibilisée, puisque seul compte finalement l'objectif de l'opération : la propreté de l'hébergé. Pascale Molinier montre en effet que le travail de *care* « ne doit pas attirer l'attention » et qu'il doit être effectué « sans en attendre de la gratitude » (Molinier, 2005, p. 303). Ce processus de négociation n'a pourtant rien d'évident. Malika craint ainsi d'intervenir auprès de certains hébergés, d'autant qu'elle est souvent isolée

dans son travail. Cette peur se conjugue à la perception d'un sentiment d'indifférence des professionnels vis-à-vis de ce que les auxiliaires de vie subissent. Malika analyse en effet que selon elle, les sanctions posées aux hébergés varient selon que le préjudice concerne une auxiliaire de vie ou un travailleur social.

De surcroît, les interactions de travail qui concernent Malika sont prises dans des rapports sociaux de genre et de race. Il arrive régulièrement que Malika soit confrontée à des propos sexistes de la part d'hébergés : « *travail de bonne femme* » lui lance par exemple un hébergé passant près d'elle alors qu'elle balaie le couloir. En outre, en tant que femme racisée, il n'est alors pas rare que ses assignations lui soient renvoyées. Elle subit alors « les effets croisés et décuplés des discriminations sexistes et racistes » (Lemercier, 2008, p. 12). Du point de vue de Malika, certains hébergés se souilleraient volontairement, eux-mêmes ou leur chambre, pour la faire venir nettoyer : elle accuse ainsi un hébergé d'uriner volontairement dans son lavabo bouché pour la contraindre à ce travail ingrat. Rappelé à l'ordre pour son comportement, cet hébergé rétorquera avec dédain que cette dernière est payée pour nettoyer. Malika exprime alors avec colère se sentir asservie à certains hébergés. Si le statut professionnel de Malika la place en situation de dominante vis-à-vis des hébergés, ses appartenances ethnoraciale et genrée peuvent entraîner un renversement temporaire de cette situation, la plaçant en position de dominée. Certains hébergés mobilisent en effet les assignations de Malika pour perturber la situation de domination qu'ils éprouvent eux-mêmes. Cette recomposition des rapports sociaux témoigne de leur enchevêtrement et de leur complexité ; ces hébergés jouant alors dans ce contexte de leur masculinité et de leur blancheur.

En outre, le travail mené par ces auxiliaires de vie implique des contraintes sensorielles notables. Si elles euphémisent ces aspects, expliquant notamment que « *les odeurs ne nous font plus rien* », les auxiliaires de vie de la SRAS sont confrontées de manière régulière aux fluides corporels, aux odeurs insoutenables, mais aussi aux bruits des hébergés. À l'observation, il semble que les auxiliaires de vie passent nettement plus de temps que les autres professionnels à proximité immédiate des accueillis. Si des travailleurs sociaux font parfois des douches et restent quelque temps dans les couloirs, ce temps passé au contact des sans-abri, dans leur lieu de vie, est sans commune mesure par rapport aux auxiliaires de vie. Généralement, un travailleur social est dans les couloirs pour aider à ce travail d'hygiène entre 9 et 11 heures. Déprécié, ce moment de travail fait l'objet d'un roulement entre toute l'équipe. En revanche, les auxiliaires de vie sont présentes chaque jour dans les couloirs entre 8 et 16 heures.

Comme les hébergés gardent souvent la porte de leur chambre ouverte, elles sont régulièrement alpaguées pour discuter avec eux. Ces conversations s'avèrent souvent répétitives et monotones (Avril, 2006). La lingerie, dans laquelle Malika passe beaucoup de temps l'après-midi, est située juste à côté de la chambre d'un hébergé qui l'interpelle à chacun de ses passages par exemple. Par leur présence dans les couloirs, elles sont également dérangées par le son continu des télévisions, la fumée des cigarettes¹ ou encore les conversations d'hébergés en état d'ébriété. Au-delà du toucher des corps, c'est donc aussi la durabilité de leur exposition aux hébergés qui marque la spécificité de leur travail (Avril, 2006). Cette durée de l'exposition se combine à l'incapacité de ces auxiliaires de vie de s'extraire de ces espaces, qui constituent leurs lieux de travail. Elles éprouvent ainsi une contrainte visuelle, auditive et olfactive quasi permanente. Plus encore, ces portes ouvertes les soumettent à un contrôle constant de la part des hébergés, avec qui, je l'ai montré, les rapports de domination sont ambivalents. Cette présence durable et quotidienne auprès des personnes accompagnées constitue à la SRAS une originalité parmi ces métiers du domicile.

Si ce cadre de travail spécifique est source de contraintes diverses, il autorise aussi des marges de libertés rarement acquises par ces professionnelles du domicile. Elles peuvent en effet adapter leur temps d'accompagnement des hébergés selon leurs besoins, pouvant à leur guise consacrer plus ou moins de temps à chacun. Alors qu'Anne-Sophie Hosking montre que les heures attribuées sont souvent décalées vis-à-vis des besoins réels des personnes (Hosking, 2011), elles peuvent, au sein des centres d'hébergement, adapter les temporalités des prises en charge à leur connaissance des besoins des personnes.

Néanmoins, contrairement à Jules, aide-soignant à Virgile et à la SRAS, qui profite de l'exercice de ses fonctions en centres d'hébergement pour faire son vrai métier, Malika ne peut s'inscrire dans les mêmes dynamiques professionnelles. Précisément, elle se trouve assignée à réaliser le travail que Jules ne fait pas, et en premier lieu le nettoyage des chambres. Parmi ce qu'il reste du sale boulot, Malika investit fortement la dimension du travail de *care*. Si elle en tire une certaine valorisation, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un travail en partie gratuit, dont les acquis demeurent difficilement transposables et valorisables sur le plan salarial. Le statut des auxiliaires de vie est en effet marqué par l'absence de possibilité de mobilité. Alors même que Malika pourrait aspirer à évoluer au sein d'Envol, son appartenance à un service externe contrarie cette évolution. Ce constat tranche avec d'autres catégories professionnelles

¹ Les hébergés de la SRAS sont autorisés à fumer dans leur chambre.

subalternes au sein des centres d'hébergement. Par exemple, le statut de veilleur de nuit autorise certaines mobilités – bien qu'elles puissent être longues à obtenir et discriminantes¹ –, contrairement aux auxiliaires de vie.

À l'issue de cette partie, il apparaît bien que le port de la blouse distingue visuellement les professionnels au sein des centres d'hébergement. Il est un marqueur quant à la division du travail de soin, et permet de repérer l'assignation de celles et ceux qui la portent à la prise en charge des corps des sans-abri. On pourrait poursuivre plus encore l'analyse sur ce point, puisque d'autres personnes en blouse travaillent dans les centres d'hébergement. Il s'agit de professionnels recrutés parmi les hébergés sur le modèle des Ateliers d'adaptation à la vie active (AAVA). Ces derniers réalisent alors des tâches de ménage, de cuisine, ou encore de peinture contre une rémunération dérisoire, qui indignent souvent les travailleurs sociaux. Loin d'être spécifique à Envol, les associations d'aide sociale à l'hébergement recrutent depuis longtemps des travailleurs parmi les personnes accompagnées pour un ensemble de tâches indispensables au fonctionnement des établissements (Aranda, 2019 ; Brodriez-Dolino, 2020 ; Schlegel, 2022). Ces emplois, présentés comme des leviers d'insertion par les politiques publiques, constituent aussi pour Serge Paugam et Nicolas Duvoux un élargissement de la zone de précarité à la marge de la norme de l'emploi (Paugam, Duvoux, 2013). Au sein d'Envol, ce sont très souvent des hébergés racisés, en situation irrégulière et ne pouvant prétendre à de meilleures conditions salariales qui sont recrutés pour ces tâches, permettant une main-d'œuvre peu coûteuse. Ces hébergés salariés portent à Virgile une blouse bleu foncé. Le port, mais aussi la couleur de la blouse semblent alors refléter le degré d'exposition de ces professionnels à la saleté, à la proximité et à la durabilité du contact aux lieux de vie des hébergés. La question de la délégation du sale boulot, ici appréhendée de manière microsociologique, peut alors être rapportée à des processus sociaux bien plus larges. C'est ainsi un « "transfert" international » (Charles, Galerand, 2017, p. 3) du sale boulot que l'on retrouve dans l'association, comme en témoigne le recours à des immigrés pour réaliser les dimensions les plus ingrates du travail devant être accompli dans ces établissements.

Conclusion

Ce chapitre est revenu sur les trajectoires et rapports au métier entretenus par les soignantes des centres d'hébergement avec l'objectif de poursuivre l'analyse autour de la prise

¹ Pour plus de détails, voir au chapitre 5.

en charge matérielle du soin aux sans-abri. Concernant les infirmières, elles partagent une proximité et une complémentarité avec les travailleurs sociaux du monde de l'assistance. Parmi elles, on retrouve plusieurs profils : les « relationnelles » et les « techniciennes » (Véga, 1997 ; Véga, 2000 ; Acker, 2004). Leurs origines sociales semblent orienter ce rapport au métier, les infirmières relationnelles, comme Marie, étant plutôt issues des classes populaires, tandis que les techniciennes sont davantage issues des classes moyennes. Au sein du monde de l'assistance, les infirmières techniciennes semblent trouver peu de sources de satisfaction au travail, le métier y étant peu technicisé. En revanche, les infirmières « relationnelles » correspondent davantage au credo associatif socio-sanitaire valorisant une prise en charge holistique des hébergés. Malgré ces disparités dans le rapport au métier, ces infirmières ont en commun de mettre à distance l'univers hospitalier en venant travailler au sein du monde du travail social. Aspirant à plus d'autonomie professionnelle, elles mettent à distance la forte hiérarchisation du monde hospitalier. Plus encore, elles fuient également les effets de nouveau management public à l'hôpital, qui engendre pour elles une perte de sens dans leur métier. L'exercice de leurs fonctions d'infirmières au sein du monde de l'assistance devient alors un moyen de réenchâter le métier, le travail social étant investi d'une image idéalisée de bienveillance et de bienveillance. L'exercice concret du métier ne tarde toutefois pas à déconstruire ces représentations. En outre, ce sont aussi les conditions concrètes d'exercice du métier en centres d'hébergement qui les conduisent au désenchantement. Si elles aspirent à une certaine autonomie professionnelle, celle-ci s'avère en réalité contrariée par la faible maîtrise du temps dont elles disposent. Prises dans des injonctions paradoxales par le fait qu'elles doivent à la fois se montrer disponibles en permanence, et réaliser une masse importante de travail dans un court laps de temps, les infirmières sont des « dominées temporelles » (Darmon, 2015 [2013], p. 177) dans ces établissements. Au fond, la place qui leur est laissée est une place sous contrôle, qui souligne que le rôle accordé aux soignantes en centres d'hébergement reste sous la tutelle prudente du travail social. La crainte d'accorder un pouvoir trop important aux soignants, déjà soulignée dans la première section, se repère ici dans les faibles marges de manœuvre qui sont laissées aux infirmières.

À leur arrivée au début des années 2000, ces dernières se sont d'ailleurs vues assignées aux tâches d'hygiène et de soins corporels des hébergés, à l'instar des femmes travailleuses sociales peu de temps auparavant. À nouveau, la sanitarisation et la féminisation doivent être pensées ensemble pour rendre compte des aspects concrets et matériels de cette prise en charge de la santé des sans-abri. Les infirmières comme les travailleuses sociales vont progressivement

parvenir à s’émanciper de ces assignations aux tâches d’hygiène, en faisant appel à des professionnels du soin à domicile à partir des années 2010. En cela, le processus de délégation du sale boulot n’est pas un processus achevé, puisqu’il continue de se rejouer par l’assignation de nouveaux groupes professionnels à ces tâches.

L’enjeu historique de la prise en compte du soin aux sans-abri, hérité du credo associatif socio-sanitaire, est ainsi maintenu par un processus de délégation de ces tâches de *care* à des groupes professionnels subalternes. L’étude du port de la blouse au sein des centres d’hébergement apparaît alors comme un marqueur de l’exposition des professionnels au sale boulot (Hughes, 1996, Arborio, 2009). Les professionnels qui portent la blouse ont évolué au cours de l’histoire, ce marqueur soulignant les déplacements progressifs de ce travail d’hygiène entre différents groupes, d’abord adopté par les infirmières bénévoles. Aujourd’hui, le port de la blouse concerne avant tout des professionnels subalternes, marqués par une exposition durable au contact direct des sans-abri, et notamment à leurs corps.

Après avoir porté une attention aux trajectoires professionnelles et aux différents modes d’entrée au sein du monde de l’assistance, le prochain chapitre va s’attacher à décrire la manière dont ces acteurs travaillent ensemble pour prendre soin des sans-abri. L’analyse de la division du travail par le biais des trajectoires laisse ainsi place à l’étude des activités quotidiennes de soin et aux interactions qu’elles impliquent.

Chapitre 7

Partage du soin et frontières au travail

L'analyse des trajectoires des professionnels exerçant au sein des centres d'hébergement ouvre la voie, dans ce dernier chapitre de la section, à la diversité des pratiques et interactions repérables au sein de ce monde du travail qu'est le monde de l'assistance. Loin d'être interchangeables, les acteurs qui agissent au sein de ce monde professionnalisé ont des caractéristiques sociales singulières qui permettent de comprendre les négociations dans lesquelles ils sont pris au quotidien (Dubois, 1999 ; Cartier, 2005). Dans ce chapitre, il va donc s'agir de « transformer les individus en activités » (Darmon, 2008 [2003], p. 79), en se focalisant sur ce que font ces acteurs qui travaillent, sans autonomiser ces interactions des rapports sociaux dans lesquels ces situations de travail sont intriquées (Cartier, 2005).

Les pratiques professionnelles que je vais étudier ici concernent les activités de soin portées aux sans-abri. Si le travail d'hygiène a en partie été délégué, il apparaît en regardant les pratiques des travailleurs sociaux que ces derniers contribuent aujourd'hui largement au travail de soin porté aux sans-abri. Qu'en est-il alors concrètement du partage de ce travail ? Qui fait quoi, dans ce contexte de travail singulier marqué par une pluralité de groupes professionnels en présence ? Analyser la légitimité du registre sanitaire au sein du monde de l'assistance implique dès lors de s'arrêter sur les manifestations en pratique de cette prise en compte de la santé des hébergés, en interrogeant jusqu'à quel point la sanitarisaiton favorise-t-elle une porosité des rôles entre les soignants et les professionnels sociaux.

Le cas particulier du monde de l'assistance s'inscrit plus largement dans une réflexion concernant l'hétérogénéité des pratiques professionnelles dans un contexte de travail marqué par la pluriprofessionnalité. Si le travail coopératif entre les professionnels du social et du sanitaire constitue le cadrage politique retenu dans la prise en compte de la santé des sans-abri, il reste que ce travail en commun ne va pas de soi (Denise et al., 2022). Aussi, la prise en charge des sans-abri constitue un cas limite qui permet d'éclairer efficacement les tensions dans cette rencontre entre le social et le sanitaire.

Pour tenir cette réflexion, il est nécessaire de déconstruire la dualité entre « profanes » et « experts » sur la question de la prise en charge de la santé. Contrairement à Vianney Schlegel qui analyse par l'approche juridictionnelle d'Andrew Abbott que les travailleurs sociaux ne sont pas des acteurs directs du soin (Abbott, 1988) – même s'il analyse que ces derniers n'en sont pas totalement profanes en raison de leur socialisation aux catégories médicales par leur

proximité aux soignants (Schlegel, 2019 ; 2021) – l’approche en termes de *care* permet de penser différemment les frontières du soin, sans présager qu’une catégorie professionnelle y est destinée (Rothier-Bautzer, 2016). En ce sens, il ne s’agit pas de considérer le soin comme le rôle des seuls soignants, mais plutôt comme « l’affaire de tous » (Uribelarrea, 2020, p. 26). Outre la diversité des acteurs, c’est aussi de la diversité des pratiques de soin dont je tiendrai compte. De ce fait, je ne recourrai pas à l’analyse du *care* (prendre soin) dans son opposition usuelle au *cure* (soin curatif visant la réparation), car les observations soulignent bien plus un continuum entre les activités de sollicitude et celles visant la guérison dans les pratiques professionnelles quotidiennes. Il s’agit donc de ne pas s’en tenir à cette « dichotomie artificielle » tenant mal compte des superpositions et circulations des enjeux relationnels et techniques du soin lorsque l’on s’y intéresse empiriquement (Wolff, 2018, p. 13).

Ce chapitre se rapproche alors d’une sociologie des présences sociales, qui est définie par Marc Bessin comme étant « une description et une analyse des prises en charge et des pratiques d’accompagnement et de soins, ces activités professionnelles ou profanes étant observées comme des processus (attention et écoute, élaboration et coordination, émotions et actions concrètes, perception et réception...) et envisagées dans leurs dimensions à la fois morales et pratiques, dans leur tension entre protection et contrainte, à partir de leurs enjeux de temporalisation et de sexuation » (Bessin, 2014). Ce sont précisément ces enjeux qui seront abordés ici, en poursuivant l’analyse autour de la division genrée du travail, à laquelle va se conjuguer une analyse en termes de temporalisation du soin. Ces perspectives vont me permettre de participer à une réflexion sociologique contemporaine autour de la tension entre porosité des frontières dans le travail de soin et renouvellement des cloisonnements professionnels (Bresson, 2006 ; Schlegel, 2019 ; Uribelarrea, 2020).

Ce chapitre sera décliné en trois temps, en revenant d’abord sur la manière dont le *care* circule et est partagé parmi les différents groupes professionnels en présence. Ce partage du *care* est toutefois loin de conduire à un effacement des frontières professionnelles. En regardant ensuite comment le monde de l’assistance est en connexion avec d’autres mondes, et notamment celui de l’hôpital, je montrerai ce qu’il en est des cloisonnements professionnels avec le monde médical et des stratégies du monde de l’assistance pour symétriser ses relations avec cet acteur incontournable du soin. Dans un troisième temps, il s’agira de revenir sur les cloisonnements internes qui se font jour au sein même du monde de l’assistance, à la fois entre les infirmières et les travailleurs sociaux, mais aussi au sein même du groupe professionnel des travailleurs sociaux.

I. « *Tout le monde soigne ici !* » : le partage du *care*

Ce qui se rapporte à la santé et aux soins au sein d'Envol fait l'objet d'une appréhension particulièrement large : « *Tout ce qu'on fait tous ici, c'est du soin. Quand on accueille quelqu'un, c'est du soin, quand on lui parle c'est du soin. Tout est du soin* », indique Mélanie, infirmière à la Résidence des Peupliers. Les professionnels, qu'ils soient soignants ou non, se considèrent majoritairement impliqués quant à la santé des sans-abri :

« Après, on ne peut pas être complètement à côté de la santé, c'est pas possible. Moi quand j'entends des personnes qui disent non, mais ça c'est pas notre boulot et tout, bah en même temps tu accompagnes la personne, tu peux pas être à côté de tout ! Et dire ça c'est le domaine médical, je m'en occupe pas... Non, ça fait partie de tout ce que tu vas prendre en compte dans ton accompagnement social ».

Adelaïde, DUT Carrières sociales, 39 ans, centre d'hébergement pour femmes

Le credo socio-sanitaire développé par les bâtisseurs de l'association à partir des années 1970 trouve un de ses échos contemporains dans cette manière diffuse d'appréhender le soin, dans laquelle il paraît mal venu de scinder les besoins sociaux et sanitaires des hébergés. Aussi, bien que des professionnels soignants aient été recrutés, les pratiques de soin circulent et ne sont pas réservées au travail des infirmières. En voyant partir Hugo, travailleur social, à l'infirmerie pour examiner l'épaule douloureuse d'un accueilli, Mickaël, un hébergé du foyer du père Virgile, me glisse l'idée que je vais poursuivre dans cette première partie : « *tout le monde soigne ici !* ».

Ce partage et cette circulation du soin se déclinent à travers différents aspects. En reprenant les étapes constitutives du *care* selon Joan Tronto (2009 [1993]), il s'agit d'abord du fait de se soucier d'autrui (*caring about*). Cette première étape correspond à l'enjeu de la reconnaissance des besoins des personnes, et en l'occurrence du besoin de soin des sans-abri. La deuxième étape correspond à celle de la prise en charge (*taking care of*). C'est ici l'enjeu de la responsabilité vis-à-vis d'autrui dont il est question, et notamment du cadrage de l'action pour organiser les réponses aux besoins identifiés dans la phase précédente. La troisième étape correspond au *care giving*, soit au fait de prendre soin dans ses dimensions pratiques et donc dans le rapport concret et direct qu'il implique. Le *care receiving*, quatrième étape constitutive du *care*, porte une attention à sa réception par les personnes concernées. Cette quatrième phase sera analysée dans le chapitre 9. Je vais ici retracer ces trois premières phases du *care*, en soulignant pour chacune la manière dont cette dimension fait l'objet d'un partage et d'une circulation entre les différents groupes professionnels en présence.

1. D'un souci commun à une prise en charge partagée

Concernant le fait de se soucier d'autrui – le *caring about* –, il s'avère que les cahiers de liaison des travailleurs sociaux témoignent tout particulièrement de la veille quotidienne qu'ils portent aux hébergés : « *veillez à ce que monsieur Houdeville prenne ses médicaments* », « *comment va Antoine depuis l'autre jour ? Je ne l'ai pas revu* », « *il faudrait prendre rendez-vous chez le médecin pour madame Lorcher* » ; « *aux veilleurs de nuit : pouvez-vous aller voir la dame hébergée en 115 dans la nuit ? Elle est enceinte et sujette à des malaises* ». Ces mots témoignent des considérations et des préoccupations quant à la santé des sans-abri accueillis, traversant différents groupes professionnels, comme les travailleurs sociaux et les veilleurs de nuit. Les auxiliaires de vie de la SRAS sont elles aussi particulièrement impliquées dans cette veille sanitaire, comme je l'ai montré au chapitre précédent. Aussi, les infirmières n'ont pas le monopole des préoccupations autour du soin et rendent même éligibles les autres professionnels à leurs questionnements quotidiens :

Marie [IDE] vient voir Pape [non diplômé du travail social (ND)] au bureau. Elle lui dit qu'elle est inquiète pour monsieur Defferre et précise : « *il n'a pas pris ses traitements hier soir. Bon ça arrive, déjà c'est bien qu'il me le dise. Mais du coup, il a mal dormi, et a fait un cauchemar bizarre* ». Cela concernait des femmes samouraïs, explique Marie. Pape lui répond qu'il va beaucoup au cinéma, donc peut être que son cauchemar est lié à ça. Mais Marie dit que c'était plutôt son attitude qui l'a interrogée, il semblait hilare en disant cela. Pape lui demande si c'est le rêve qu'elle trouve bizarre, ou son attitude quand il parle. Marie répond que c'est vraiment son attitude qui lui pose question, elle dit qu'elle ne sait pas comment l'expliquer, mais qu'elle a l'intuition qu'il ne va pas très bien.

Extrait des notes d'observation, lundi 28 janvier 2019

Le fait que Marie confie son inquiétude et ses doutes à Pape est un indicateur important de la manière dont le souci d'autrui est envisagé de manière partagée, circulant légitimement à travers différents groupes professionnels.

À ce souci partagé d'autrui (*caring about*) se conjugue une responsabilité commune vis-à-vis du soin. Non seulement les travailleurs sociaux contribuent au travail de veille sanitaire concernant les hébergés, mais ils se sentent aussi concernés et engagés dans l'amélioration de leur santé. La prise en charge de la santé des sans-abri fait ainsi l'objet d'une prise en charge (*taking care of*) partagée entre les différents groupes professionnels du monde de l'assistance, se déployant notamment par une organisation du travail et une transmission des informations médicales favorisant l'implication de l'ensemble des professionnels :

« Sur la coordination avec les infirmières, maintenant en réunion on échange beaucoup plus entre travailleurs sociaux et infirmières. Et puis on partage aussi un planning. Quand je dis qu'on partage un planning, c'est qu'on a deux agendas qu'on partage avec les infirmières pour instaurer les rendez-vous, dont les rendez-vous santé. D'ailleurs on fait des évaluations partagées avec les infirmières sur les situations des personnes pour voir aussi ce qui peut leur être proposé, on prend en compte leur situation ».

Pape, travailleur social non diplômé, 35 ans, Virgile

L'enjeu de la santé est aujourd'hui devenu un objet de travail partagé, passant notamment par l'instauration de ces outils de travail que sont les agendas, et les temps d'échanges dédiés. Des moments formels ont également été instaurés dans ce but, comme le « point santé » hebdomadaire au sein de la réunion d'équipe de Virgile. Aussi, le soin aux hébergés s'inscrit dans le cadre d'une « scène commune » (Giuliani, 2013, p. 22), dans laquelle l'ensemble des acteurs du monde de l'assistance jouent légitimement un rôle. Ce point abonde dans le sens de l'analyse avancée par Vianney Schlegel sur la constitution d'une culture professionnelle commune entre les travailleurs sociaux et les professionnels soignants dans le cadre de la prise en charge des sans-abri (Schlegel, 2019).

Le partage de cette responsabilité dans le soin aux sans-abri s'explique en partie par les injonctions au travail coopératif qui jalonnent ce milieu (Denise et al., 2022). Le cadrage retenu dans la prise en compte du problème public du sans-abrisme, et du soin à son égard, est précisément celui de la pluriprofessionnalité. Les guides de bonnes pratiques professionnelles enjoignent également les professionnels des centres d'hébergement à intégrer l'accompagnement de la santé dans leurs pratiques. Ainsi est-il expressément recommandé aux professionnels des CHRS d'intégrer la « dimension santé dans une démarche d'accompagnement global des personnes accueillies¹ ». Les travailleurs sociaux sont donc soutenus à travers différents cadrages dans ce travail autour de la santé des sans-abri.

Outre les aspects organisationnels, cette responsabilité partagée du *care* passe aussi par le fait que les travailleurs sociaux acquièrent concrètement des connaissances liées aux soins. Ces apprentissages contribuent à la diffusion et à la structuration de savoirs communs, nécessaires à la prise en charge des sans-abri (Schlegel, 2019). Il s'agit d'abord d'apprentissages formels, garantis par les formations professionnelles de quelques heures ou

¹ Rapport de la Haute Autorité de Santé, Février 2016, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS », en ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-synthe_se-prise_en_compte_de_la_sante_en_chrs.pdf. Consulté le 8 avril 2023.

jours que peuvent suivre les professionnels d'Envol. Ces formations sont bien souvent orientées vers des savoirs sanitaires comme la fin de vie, l'addictologie ou encore la santé mentale. La formation aux premiers secours, qu'une part importante des travailleurs sociaux ont réalisée, va également dans ce sens. Ainsi, les dispositions aux soins des professionnels du monde de l'assistance ne sont pas seulement liées à la socialisation primaire, comme je l'ai évoqué au chapitre 5, mais viennent se rejouer en poste, lors d'une socialisation secondaire.

Ensuite, c'est aussi très souvent à l'occasion d'échanges informels que les savoirs sanitaires se transmettent et s'homogénéisent. Ainsi, alors que nous sommes dans la cour de Virgile pendant la pause de la réunion hebdomadaire, Noémie, infirmière, dit aux trois travailleurs sociaux qui fument que le risque avec l'hébergé dont ils viennent de parler est qu'il fasse un œdème pulmonaire. Vanessa, éducatrice spécialisée, lui demande à quoi ils peuvent reconnaître cela. Noémie explique alors que si « *ça mousse couleur saumon* » dans sa bouche, il faut tout de suite appeler les secours. Ici, comme dans d'autres situations, l'infirmière se trouve alors dans une position d'apprenante, et diffuse des informations utiles au quotidien pour les travailleurs sociaux. Luc Boltanski indique que les savoirs médicaux peuvent s'acquérir, au moins partiellement, par un contact prolongé avec des professionnels soignants (Boltanski, 1971). Les médecins eux-mêmes, lors des consultations, ont parfois aussi cette fonction d'apprentissage. L'ensemble des interactions au contact direct de soignants favorisent donc la familiarisation des travailleurs sociaux aux savoirs médicaux (Schlegel, 2019). Cette proximité quotidienne avec différents acteurs du soin contribue au fait que les professionnels sociaux intègrent une disposition soignante dans leurs pratiques.

Aussi, comme le conseille la sociologie pragmatique, il s'agit de regarder concrètement comment les apprentissages s'opèrent, à rebours de l'idée que ces professionnels seraient naturellement pourvus de cette capacité à soigner les sans-abri (Barthe et al., 2013) :

« Tu vois au début, je pouvais pas du tout voir les plaies, etc., donc je laissais les collègues. Après je regardais limite de loin, ou quitte à nettoyer le sang après enfin... C'est tout con, mais du coup tu t'habitues un peu avec le truc, et puis maintenant ça va, ça le fait. Genre la dernière fois, Jordi il s'est ouvert l'arcade, j'ai mis des gants, il était complètement pété, on ne voyait rien. Donc j'ai passé un coup d'eau dessus, je lui ai écarté la plaie pour voir si c'était profond. C'est Arthur [travailleur social non diplômé], je m'en rappelle, je le voyais faire ce truc. C'était dégueulasse, mais au moins, tu voyais si c'était profond [rires].

Chloé : C'est comme ça que tu savais qu'il fallait faire ça ?

Je sais pas si c'est bien à faire, si ça se trouve ça ouvre encore plus la plaie, mais tu vois c'était pour voir si déjà c'était pas trop crade et puis s'il fallait appeler les pompiers. C'était un peu profond. Mais du coup, non, ça me fait plus grand-chose. Je vais peut-être pouvoir devenir infirmière, non je rigole ».

Axelle, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

La clarté avec laquelle Axelle évoque ses propres gestes, et la manière dont elle les a appris, souligne la diversité des formes d'apprentissage et de circulation du travail de *care*. L'acquisition d'une disposition soignante ne se fonde pas seulement sur l'écoute des soignants, mais s'acquiert aussi par l'observation des travailleurs sociaux plus expérimentés. Ce sont ici les gestes d'Arthur, travailleur social non diplômé, qu'elle reproduit avec prudence. La socialisation procède en outre bien souvent d'un « engagement corporel » comme c'est le cas ici, dans la mesure où Axelle apprend ces gestes en les expérimentant par son propre corps (Barthe et al., 2013, p. 192).

Éloignés des enjeux sanitaires par leur formation professionnelle, les travailleurs sociaux sont donc progressivement initiés à ces dimensions pratiques de la prise en compte de la santé des sans-abri. Cette socialisation se manifeste tout particulièrement, dans le discours d'Axelle, par le fait que la réalisation de ces soins ne la révolte plus. L'évocation humoristique du fait qu'elle pourrait même devenir infirmière souligne précisément ce rapprochement avec des compétences professionnalisées du soin du fait de ces apprentissages.

La responsabilité partagée du *care*, qui s'accomplit notamment par une organisation du soin et par une socialisation des différents groupes professionnels aux enjeux sanitaires, se manifeste enfin également à travers l'enjeu de la circulation des informations médicales (Schlegel, 2019, 2022). En effet, dans les échanges oraux notamment, les données médicales concernant les hébergés font l'objet d'un partage entre les différents professionnels :

Nous sommes au briefing à la SRAS, il est question de la situation d'un hébergé qui est considéré comme n'allant pas bien par les professionnels. Habib [ND] demande : « *on ne sait même pas s'il est schizophrène, au final ?* » L'infirmière le contredit en disant « *ah bah si lui il est pas schizo !* ». Habib dit : « *oui c'est un grand psychotique, mais est-ce que c'est vraiment de la schizophrénie ?* ». Elle hausse les épaules en disant qu'il voit quand même des cercueils et des morts partout.

Extrait des notes d'observation, lundi 21 août 2017

Cet extrait souligne d'abord qu'Habib, travailleur social, a une connaissance relative des informations médicales de l'hébergé, confirmant que celui-ci est « *un grand psychotique* ». Ensuite, cette situation montre que l'information médicale circule, puisque l'infirmière

transmet ici des données médicales à ses collègues travailleurs sociaux, validant implicitement le diagnostic de schizophrénie. Comme l'a analysé Vianney Schlegel, le contexte de travail en commun favorise la circulation d'informations médicales (Schlegel, 2019 2022), loin d'une logique statutaire réservant le secret médical aux seuls soignants :

« Le secret médical, oui, mais je pense qu'on est tous autour d'une personne et je pense que les membres de l'équipe ont le droit de savoir où on en est. Bon, s'il y a un pronostic vital d'engagé, j'en parle, je ne peux pas le garder. Oui, il faut. Parce que je pense que l'accompagnement est quand même différent. Quand tu sais qu'il y a une personne qui a un cancer qui est très très avancé, bon bah c'est important que l'équipe soit au courant aussi. Ça s'appelle le secret médical partagé, donc oui il faut le partager. Aussi, tu ne peux pas garder ça pour toi, c'est important pour tout le monde, pour la personne en elle-même, pour l'équipe, et puis pour moi aussi ».

Hélène, infirmière, 65 ans, CHRS de la SRAS

Rendre éligible aux données médicales l'ensemble des personnes qui partagent cette responsabilité du *care* constitue ainsi le cadrage général qui guide la circulation de ces informations. Si l'écrit – parce qu'il laisse une trace visible – fait l'objet d'une plus grande vigilance que les conversations orales (Schlegel, 2022), les professionnels recourent fréquemment à des stratégies pour que leurs interlocuteurs déduisent la pathologie des mots qu'ils rédigent :

Manon [ASS], parle avec Michel [ND] en remplissant le dossier CHRS d'un des hébergés qu'elle suit. Elle lui dit qu'elle ne peut pas mettre qu'il a une injection à faire au CAARUD, ou même qu'il a des ulcères dans le dossier, car « *c'est médical* ». Elle dit que du coup elle va écrire qu'il a « *rendez-vous* » au CAARUD, et un « *passage d'infirmier* ». « *Comme ça ils vont comprendre, t'as raison* » lui dit Michel.

Extrait des notes d'observation, lundi 26 novembre 2018

Comme dans cette situation, l'information médicale écrite fait régulièrement l'objet d'un sous-entendu explicite, ce qui fait dire à plusieurs professionnels rencontrés que le secret médical serait, au sein du monde de l'assistance, un « *secret de polichinelle* ». En effet, l'idée n'est pas ici de priver certains professionnels d'informations médicales, mais au contraire de laisser des indices à l'écrit pour que leurs collègues déduisent les pathologies, sans qu'il ne puisse leur être légalement reproché d'avoir communiqué sur ce sujet. Ces usages de la circulation des informations médicales s'inscrivent dans un cadrage réglementaire dont les professionnels ont conscience. Juridiquement, ce que les professionnels appellent le « secret partagé » fait toutefois l'objet d'un flottement, dans la mesure où la circulation des informations

à caractère secret entre différents groupes professionnels n'est pas pleinement réglementée (Jaeger, 2012 [2006] ; Schlegel, 2022). S'intéresser en pratique à la circulation de ces informations permet donc d'en souligner ses usages, marqués par une considération généralisée de la nécessité du partage d'informations entre différents groupes professionnels, légitimée au nom du travail en commun et de la proximité du contact aux hébergés.

Aussi, le souci de la vulnérabilité sanitaire des hébergés n'est pas seulement pris en charge par les soignantes du monde de l'assistance, mais implique également les travailleurs sociaux. Par l'organisation du travail, leur socialisation aux savoirs sanitaires et leur éligibilité aux informations médicales, les travailleurs sociaux témoignent bien d'une responsabilité quant à la santé des sans-abri, considérant qu'il ne s'agit pas seulement du problème des infirmières, mais qu'il s'agit aussi du leur.

2. *Prendre soin : de la sensorialité du travail de care*

Après l'enjeu du souci et de la prise en charge, la troisième phase du *care* est le *care giving*, soit le fait de prendre soin (Tronto, 2009 [1993]). Cette phase implique un contact direct avec les besoins de *care*. Ces pratiques concernent une très grande variété de situations : donner des médicaments, désinfecter une plaie, remonter un pantalon, faire prendre une douche sont des tâches différentes, qui semblent se rejoindre dans une unité autour de ces pratiques de *care*. Aussi, « prendre soin » au sein du monde de l'assistance renvoie à un « faisceau de tâches » particulièrement diffus (Hughes, 1996, p. 71) qui se cumulent dans les activités quotidiennes des professionnels, et circulent parmi la diversité des acteurs en présence. Ces pratiques de *care* sont d'ailleurs loin d'être réservées aux travailleurs sociaux et aux infirmières : l'ensemble des acteurs du monde de l'assistance peuvent agir dans cette optique. C'est le cas par exemple d'un agent d'entretien des LAM, qui s'attèle quotidiennement à prendre soin des hébergés, en les aidant à s'asseoir aux repas ou encore en s'intéressant à leurs habitudes alimentaires (Bussi, 2022).

Le *care giving*, puisqu'il implique un enjeu matériel dans cette prise en compte du soin, nécessite souvent un contact avec les corps des hébergés. Le cas de la réalisation des douches aux sans-abri permet de mettre en exergue ces enjeux, tenant alors à la matérialité du *care*. Si ces tâches sont moins fréquentes pour les travailleurs sociaux, dans la mesure où elles ont progressivement été déléguées à des catégories professionnelles subalternes (voir chapitre 6), le travail d'hygiène n'a jamais fait l'objet d'une délégation totale, y compris de la part des hommes :

« Une personne qui rentre, qui n'a plus ses facultés physiques, alcoolisée, qui s'est fait dessus, vomi. Ça arrive. Tu rentres chez toi tu te dis mince, tu laisses une personne s'endormir avec son truc et tout... Bah tu nettoies, même si t'es pas forcément dans tes missions, dans tes trucs, tu l'accompagnes.

Chloé : Ça t'es arrivé toi ?

Oui oui oui, ah bah oui oui. C'est arrivé [...] à une époque on en avait pas mal de gars avec qui c'est arrivé qu'on fasse une toilette. Après tu rentres chez toi plus sereinement, pour la dignité de la personne, même pour toi, tu te dis, au moins tu ne l'as pas laissé... Après quelqu'un qui ne le fait pas, un collègue qui le ferai pas je comprendrais ».

Gaëtan, moniteur éducateur, 29 ans, Virgile

Réaliser des douches reste donc une pratique à laquelle sont confrontés la plupart des professionnels des centres d'hébergement dans l'exercice de leur métier :

« Parce qu'au final l'association qui vient pour faire l'aide à la toilette elle vient tous les matins, mais des fois les gars ils ont des accidents dans la journée ou dans la soirée, donc quand ils se présentent ils ont besoin d'une toilette, et ils sont pas toujours en mesure de le faire. Donc j'ai déjà dû faire ça. C'est pareil, c'est hyper important, c'est un moment très privilégié entre la personne que tu accompagnes et toi, et en même temps faut être formé parce que c'est un adulte que tu as devant toi, tu peux pas faire n'importe quoi. Donc bon bah tu essaies, de toute façon il faut le faire donc tu fais à tâtons, tu vois si ça passe, si ça passe pas ».

Lola, éducatrice spécialisée, 28 ans, Virgile

Embauchée quelques semaines avant notre entretien, Lola a déjà été confrontée à la réalisation de cette tâche qui est marquée par une ambivalence. Faire prendre des douches aux hébergés est à la fois une pratique complexe, marquée par une forme d'incertitude sur ce qu'il convient de faire, et constitue également un temps privilégié de la relation éducative. En effet, donner une douche à un hébergé a une visée d'hygiène directe, mais c'est surtout sa fonction symbolique, visant à réhabiliter la personne, qui a le plus de sens pour les travailleurs sociaux (Gagnon, 2021). Cette réhabilitation passe par la considération singulière accordée à la personne à ce moment, ainsi que par la communication qui peut s'instaurer durant ce temps spécifique. La dimension relationnelle de cette activité de *care* est en effet considérablement mise en avant au sein du monde de l'assistance. À l'instar de l'analyse avancée par Michel Castra concernant les toilettes en soins palliatifs, faire de ce moment un temps relationnel permet aux professionnels de réintégrer un enjeu de dignité alors que cette tâche peut être perçue comme particulièrement déshumanisante (Castra, 2003).

Le fait de présenter cette activité comme un temps relationnel permet en outre de tenir le décalage entre cette pratique prescrite par le contexte de travail et la socialisation professionnelle des travailleurs sociaux. En effet, la réalisation de ces tâches liées à l'hygiène s'éloigne de la socialisation professionnelle qu'ils ont reçue en formation, durant laquelle ils ont intériorisé le fait que réaliser des douches ne relevait pas de leur mandat. Pour autant, le contexte de travail rebat en brèche cette norme professionnelle, le refus de s'y soustraire constituant même une offense de premier ordre pour les travailleurs sociaux historiques de l'association (voir chapitre 5). Cette tension met assurément les professionnels dans des positions délicates :

« Après moi, même si ça ne relève pas de ma mission, ça ne relève pas de mon travail, s'il faut que je le fasse parce que ça a un but et ça a un impact positif même infime, pour les gars... Du coup, je suis carrément d'accord que faire le truc [une douche] c'est pas dans mes compétences, mais après c'est un acte de la vie quotidienne, donc je travaille ici, enfin, mais c'est pas bien, parce que moi-même je me dis c'est pas à moi de le faire, mais quand tu sais que tu travailles dans un collectif sur du quotidien... [...]. Mais j'en ai grave conscience, enfin tu vois, les douches, j'ai déjà fait des douches ici, c'est pas à moi de le faire, mais quand t'as un gars qui accepte de prendre une douche et du coup, limite, moi les seules fois où j'ai réussi à leur frotter le dos, oui, j'étais trop contente ».

Charlotte, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

Charlotte exprime une ambivalence entre ce qu'elle définit comme étant son travail, et ce qu'il convient de faire en pratique, au contact des hébergés. « *C'est pas bien* », dit-elle pour évoquer cette tension, pointant sa perception de la distance qu'elle prend avec les normes de son métier d'éducatrice spécialisée. Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet analysent cette ambivalence comme un « auto-mandat », soit comme la capacité des travailleurs sociaux à s'éloigner de celui qui leur est prescrit pour répondre au « mandat adapté aux circonstances » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 75). Selon les sociologues, cette part de transgression fait partie du métier de travailleur social : « la professionnalité, selon nous, est cette capacité issue de l'expérience, qui permet à des professionnels à la fois de respecter les règles du métier – ils ont été formés dans cette perspective – et de les transgresser afin de s'adapter aux situations. D'où ce paradoxe : les professionnels sont investis d'un ou plusieurs mandats précis qui relèvent du travail prescrit. Mais en même temps, lorsque les situations deviennent complexes, ils doivent s'adapter à elles, au besoin en s'éloignant du mandat initial » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 75). C'est bien de cela dont il est question au sujet du soin aux hébergés, s'imposant d'abord et avant tout comme nécessaire aux travailleurs sociaux par les besoins concrets des sans-abri.

Si la circulation des pratiques de *care* est si prégnante au sein du monde de l'assistance, c'est aussi parce que les professionnels cadrent leurs actions en tenant compte des besoins immédiats des usagers, sans se référer uniquement au cadre prescrit de leur métier.

Cette tension se retrouve également dans la distribution des traitements aux hébergés. D'un côté, la distribution des traitements est légitimée en raison des besoins des hébergés, mais de l'autre, cet acte s'éloigne de leur mandat professionnel et les place dans une position juridique insécurisante¹ (Jouve, 2008). Parce que les besoins du *care* sont infinis, explique Joan Tronto, sa prise en compte entraîne invariablement des dilemmes moraux (Tronto, 2009 [1993]). Ces tensions difficilement solubles constituent des épreuves de professionnalité pour les travailleurs sociaux (Ravon, Vidal-Naquet, 2018), tout particulièrement quand ils et elles sont diplômés du travail social et encore davantage socialisés aux contours professionnels de leurs métiers respectifs.

En outre, la mise en avant de la dimension relationnelle du travail de *care* est aussi une manière d'anoblir ces activités, qui exposent avant tout les professionnels au sale boulot (Castrà, 2003). Cette rhétorique met en effet au second plan les aspects pratiques de cette activité. Outre les douches, cette logique concerne la majorité des activités concrètes liées au travail social (Gaspar, 2012). Les professionnels considèrent, à juste titre, que leur métier n'est pas réductible à des aspects pratiques et techniques. Ce désintérêt des aspects concrets du métier conduit cependant à l'écueil de ne jamais vraiment tenir compte de la matérialité de ce travail. Or, s'y intéresser participe à reconnaître la professionnalité de ces métiers, et à les sortir des uniques visions sentimentales et affectives qui peuvent leur être attribuées. En ce sens, les discussions informelles, les observations et ma propre expérience de la réalisation de douches en tant qu'éducatrice spécialisée me permettent d'attester que la réalisation d'une douche n'est pas seulement un moment relationnel. Il s'agit d'être vigilant tout au long de cette activité à ce que la personne ne glisse pas, il faut penser à prendre les produits et vêtements nécessaires, et plus encore, au moment de la douche, il faut savoir quoi faire : s'en tenir à orienter la pomme

¹ La distribution des médicaments dans les établissements sociaux fait l'objet d'une réflexion juridique depuis les années 1990 (Jaeger, 2012 [2006]). Progressivement, l'aide à la distribution des traitements a été considérée comme un acte de la vie courante. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de juillet 2009 vient encadrer juridiquement cette pratique en stipulant que : « lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier » (art. L. 313-26). L'enjeu de la responsabilité en cas d'erreur reste toutefois assez flou.

de douche sur la personne ? Frotter le dos, ou plus encore ? Aussi, cette activité de *care* implique un véritable travail sensoriel pour ces professionnels qui les engage sur le plan du toucher, mais aussi de la vue et des odeurs :

« Ça a commencé avec une dame qui était accueillie ici, qui avait des gros soucis de santé, pas que de santé, mais d'hygiène. Et en fait, quand elle avait fait trop de fois caca et pipi dans son pantalon, fallait la changer parce que c'était intenable pour son entourage et puis pour elle, elle se sentait pas bien. Donc t'as qu'une solution, tu l'amènes à la douche. Et elle ne la fait pas toute seule. Donc la première fois j'ai fait : "*ah, mais c'est pas possible !*". Et puis tu vois la dame, elle pleure devant toi, elle pue, elle est sale, tu fais bon bah ok, je vais faire, et puis... c'est vraiment très bizarre. Je n'ai pas du tout aimé. Si t'as pas vu la personne à poil, tu ne la connais pas [...]. t'as un côté très humiliant pour la personne, tu te dis elle est toute nue devant moi, je pense qu'elle ne sait même pas comment je m'appelle, t'as un côté difficile pour toi parce que tu te dis putain ça pue, c'est dégueulasse, je n'ai pas du tout envie d'être là, et en même temps après tu vois la personne qui va tellement bien, qui va tellement mieux que les gens vont la voir, tu te dis bon, c'était un très mauvais moment à passer, mais au final, bon... et c'est ça qui m'a permis de m'y habituer ».

Manon, éducatrice spécialisée, 24 ans, centre d'hébergement pour femmes

Si c'est bien un moment important pour la personne que décrit Manon, et auquel elle précise s'être habituée, cette éducatrice spécialisée retrace néanmoins l'épreuve que constitue cette activité. En effet, ce travail sur les corps implique en retour un travail sur soi, éprouvant en ce qu'il suppose l'engagement de son propre corps par ses différents sens, et notamment l'odorat. Au contact corporel des hébergés, les réactions de dégoût sont alors courantes, bien qu'elles m'aient été expliquées avec une certaine honte :

« Tu as peut-être entendu parler de cette histoire-là, un truc bien glauque. Donc une dame et son monsieur qui vivaient à la pension de famille, et une fête plus appuyée que d'autres, et tellement elle est saoule qu'elle s'est pas rendu compte que son mari était mort. Ils s'en sont aperçus deux jours après. Et donc pour calmer les choses, on a accueilli la dame [au foyer d'hébergement pour femmes], le temps que les pompes funèbres... Sauf qu'ici, il n'y a pas d'alcool, donc en fait elle a fait une crise de manque de fou, ça faisait comme si c'était une épilepsie, et là j'ai pas... C'est pas de la panique que j'ai eu là, mais j'avais honte ! Ce que je me suis dit c'est qu'elle était tellement crade... mais je n'avais jamais vu, je t'assure, pourtant on en a vu des dames de la rue, et même la dame dont je te parlais avec ses excréments elle n'était pas crade comme ça, vraiment... Donc oui je l'ai prise, je l'ai foutue en PLS, je la maintenais, mais tu sais dans ma tête je me disais : "*touche pas trop*", bon c'est moche, j'ai honte de moi, mais quand même c'est ce que j'ai ressenti... ».

La honte éprouvée par cette éducatrice à ressentir du dégoût s'explique car ce sentiment de recul, alors que le contact physique s'impose, est relativement tabou dans le monde de l'assistance, la valorisation professionnelle passant notamment par la capacité quasi héroïque à toucher ceux que personne ne touche. Pourtant, ce travail n'a rien d'évident et expose les professionnels à des ressentis contradictoires entre leur devoir de prendre soin, la répulsion qui peut être éprouvée, et enfin, le sentiment de culpabilité d'avoir hésité, ne serait-ce qu'une seconde, à intervenir auprès de la personne. Au demeurant, cela souligne aussi combien les sensorialités sont centrales dans le travail éducatif, bien que peu de travaux sociologiques s'attèlent à les documenter. La vue, le toucher ainsi que l'odorat permettent de souligner des ambivalences centrales tenant à la matérialité du travail de *care*. S'intéresser à ces dimensions sensorielles montre ainsi des réalités invisibilisées du travail social, au fondement d'épreuves professionnelles importantes :

« Mais la toute première fois que je suis venue ici [au FPV], donc j'étais en tant que stagiaire, la première soirée Pape il m'a demandé : "*mais tu as des problèmes d'audition ?* " En fait, j'entendais... fallait que je me fasse aux bruits, pourtant j'ai l'habitude, enfin j'ai travaillé avec des enfants, dans le handicap, c'est bruyant et tout, mais là c'était un autre... [...]. Donc il fallait vraiment que je m'habitue à ce brouhaha un peu particulier, avec des langues différentes. Et puis c'est pas pour dire, mais moi je viens de la campagne, clairement en ville je viens juste pour faire les magasins, donc tu vois cette mixité, s'habituer aux cris un peu, et puis aussi au fait que c'est que des hommes, donc des voix qui portent, donc du coup je me collais aux gars quand ils parlaient, enfin j'essayais de m'approcher et de tendre mon oreille pour comprendre ce qu'ils me disaient, donc voilà, c'est pour la petite anecdote... ».

Charlotte, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

Charlotte a dû s'habituer à cet environnement sonore tout à fait particulier. Quant à Gaëtan, comme beaucoup d'autres professionnels, ce sont les odeurs qui ont constitué une épreuve tout à fait singulière :

« Ouais, la première fois, enfin le premier truc qui m'a marqué c'était l'odeur. L'odeur, c'est... Enfin, je me suis dit : c'est violent.

Chloé : Tu ne t'y attendais pas ?

Non, en fait vu que j'avais aucune idée, aucun *a priori*, je suis entré un peu comme ça. Et c'est le soir, arrivé chez moi, enfin je m'étais fait la réflexion, je me suis dit putain je sens encore Virgile quoi ! Et les premières fois, je me lavais 3 fois par jour, enfin dès que j'étais chez moi je me lavais c'était automatique ».

L'arrivée en centres d'hébergement, en particulier à Virgile et à la SRAS, constitue une épreuve sensorielle à laquelle j'ai moi-même été confrontée. Si les odeurs et les bruits constituent des difficultés, notamment dans les premiers temps d'exercice du métier, c'est en partie parce que ces sens agissent comme des formes d'atteinte de soi face auxquelles il est complexe de se préserver. La distance professionnelle est en effet contrariée par ces épreuves de sensorialité. Gaëtan fait ainsi un lien entre les odeurs nauséabondes et son sentiment d'être sale à la sortie de Virgile, le conduisant alors à prendre de nombreuses douches. À l'instar de Gaëtan, de nombreux professionnels m'ont expliqué ces mêmes pratiques de nettoyage de soi, visant à sortir du travail par le corps, en se lavant de nombreuses fois en rentrant chez eux.

« Il y a des moments je me lavais à la Bétadine® entièrement. Alors j'étais sûre que j'étais désinfectée. Parce que quand t'as fait toute la journée à désinfecter les chambres, et faire les draps des gens, et mettre les affaires contaminées en sac, et que tu vois un peu tout ce qu'il y a, où tu vois encore les poux de corps en vie, tu te dis voilà, c'est quand même risqué [...]. Et l'autre partie qui m'a aussi beaucoup inquiétée c'est les piquûres, je m'étais dit mais en fait, je risque ma vie un peu tous les jours [...]. Liam il assumait pas de se piquer, donc il les planquait un peu partout, et tu te dis mais merde, t'as juste à prendre la taie d'oreiller et tu te piques, et tu sais jamais de quoi ils sont atteints ! [...]. Et tu te dis limite ici tous les jours tu peux risquer ta vie, que tu le veuilles ou non. Truc tout con, combien de fois on est obligé de prendre les gars par la force, ou obligé de les contenir pour éviter que ça tourne mal ? Déjà physiquement, tu sais pas comment ça va se terminer pour toi, et au-delà de ça, c'est bête à dire, mais il y en a un qui saigne, et toi t'as une plaie, pareil, tu peux risquer ta vie pour pas grand-chose ».

Axelle, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

La proximité à l'autre, que l'on se représente comme sale, voire malade, est donc éprouvante car ce travail surexpose les professionnels à une crainte de la contamination. Les poux et la gale sont souvent envisagés avec appréhension par les professionnels, tout comme la tuberculose et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui m'ont été présentés comme des maladies redoutées par la proximité aux sans-abri. Aussi, la difficulté du travail auprès des corps tient non seulement au dégoût qu'il peut générer (Coulomb, 2018), mais aussi à la crainte d'être contaminé.

Comme au sein de l'hôpital, la peur de la contamination est liée au risque « de se voir transformé en "soigné" et donc d'une indifférenciation par contamination, alors même que la différenciation est un processus symbolique d'ordonnement des rôles et des places » (Carricaburu, Lhuilier, Merle, 2008, p. 62). Outre la crainte de la contamination physique, c'est

en effet la crainte symbolique de cette expérience du partage des mêmes places qui fait l'objet d'une épreuve professionnelle. J'ai rencontré plusieurs professionnels m'avouant avoir beaucoup de difficulté à partager le temps du repas avec les hébergés. Si voir les accueillis manger a pu m'être exprimé en termes de dégoût à plusieurs reprises, c'est plus souvent le partage de couverts, pourtant propres, qui fait l'objet d'une réticence. En effet, il n'y a pas de couverts réservés aux professionnels. Bien qu'ils soient propres, le fait même qu'ils aient été utilisés auparavant par des hébergés pose sur ces objets une représentation de saleté. J'ai d'ailleurs le souvenir, en tant qu'éducatrice spécialisée remplaçante, d'avoir moi-même relavé mes couverts avant de manger. L'exposition à la souillure est donc ici avant tout symbolique, et se fonde sur le partage d'un même instrument (Douglas, 2005 [1966]). Comme l'indique très justement Robert Barrett au sujet de l'hôpital psychiatrique, les professionnels sont exposés « au danger de pollution par des patients sales » (Barrett, 1999, p. 72). Exercer au sein du monde de l'assistance requiert alors un travail d'adaptation et d'habituation au fait de travailler dans un univers que l'on se représente communément comme sale. La préservation d'une identité professionnelle tient pour partie à la préservation d'une certaine distance corporelle, malgré la proximité que le travail de *care* implique. Aussi, les professionnels sont nombreux à se laver les mains frénétiquement avec de la solution hydroalcoolique après avoir serré la main des hébergés, ou encore à mettre des gants en latex en cas de contact physique plus prolongé. Une éducatrice stagiaire me conseille même d'avoir toujours des gants sur moi, cette technique permettant d'intervenir dès qu'il le faut, tout en se préservant.

La matérialité du travail de *care* est donc à la fois rendue indispensable par les besoins des sans-abri et la nécessité de s'ajuster aux situations concrètes de travail, tout en étant particulièrement éprouvante, au niveau des ressentis que ce travail de proximité implique. Au demeurant, le travail sensoriel, intrinsèque au travail de *care*, constitue un cadrage commun aux expériences des différents professionnels exerçant au sein du monde de l'assistance.

3. Glissements de tâches et porosité des rôles professionnels

Dès lors, cela permet d'en venir au fait que cet espace professionnel est marqué par une porosité des rôles entre les soignants et les travailleurs sociaux. En regardant ce monde sans connaître les diplômes de chacun, l'observateur pourrait s'y méprendre : les travailleurs sociaux réalisent des actes liés aux soins, et les infirmières voient une partie de leurs activités orientées vers une direction proprement sociale.

S'adaptant aux besoins des sans-abri par cet « auto-mandat » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018), les travailleurs sociaux sont couramment amenés à réaliser certains gestes de soins techniques, au-delà du travail d'hygiène :

Un hébergé arrive au bureau des éducateurs du FPV pour changer le pansement qu'il a aux yeux [nous sommes samedi, il n'y a pas d'infirmières]. Charlotte [ES] lui demande l'ordonnance, mais il ne l'a pas. Elle lui demande de s'asseoir sur une chaise, et reste debout au-dessus de lui. Elle se prépare à voir l'œil en secouant ses mains et en respirant profondément. Elle enfle des gants, soulève doucement le pansement, puis me regarde et dit « *bon ça va en fait* ». C'est l'hébergé qui lui indique ensuite quoi faire : prendre une compresse, mettre du sérum, tamponner, puis remettre un pansement. Il la guide même pour mettre les sparadraps : « *un peu plus à gauche* ». Elle lui demande ensuite si c'est la cataracte, et il dit que oui. Elle lui propose de rester à Virgile aujourd'hui pour la journée.

Extrait des notes d'observation, samedi 2 février 2019

Nettoyer des surfaces corporelles, soigner des plaies, mettre des pansements font en cela partie des gestes prodigués régulièrement par les travailleurs sociaux. Au moment de la crise sanitaire de la Covid-19, les prises de température ont également été réalisées quotidiennement par les travailleurs sociaux. Ces gestes sont médiatisés par un certain nombre d'outils et d'instruments qui technicisent ces gestes de soin. Compresse stérile, sérum physiologique, désinfectant, thermomètres sont ici utilisés. Parfois, ce sont même de véritables appareillages médicaux qui sont utilisés par les travailleurs sociaux. Au cours de l'enquête, Gaston se voit prescrire des soins avec un appareil respiratoire qu'il doit réaliser trois fois par jour. En l'absence des infirmières – le soir et le week-end –, les travailleurs sociaux doivent donc se servir de l'appareil en mettant le bon dosage du produit nécessaire. Ces tâches techniques se rapprochent en bien des points d'un travail proprement soignant. Un certain nombre de pratiques que réalisent les travailleurs sociaux s'inscrivent d'ailleurs dans des activités classiquement réservées aux infirmières. J'ai ainsi recueilli l'expérience d'un travailleur social ayant mesuré un taux de glycémie avec un dextro, et d'un autre ayant réalisé une injection :

« Moi, ça m'est arrivé de faire une injection, pas de drogue, d'un antibiotique, mais tu te dis quand même... Le gars, il souffrait d'un truc à la jambe, fallait qu'il se pique dans le ventre, seulement il ne pouvait pas à la fois se pincer et se mettre le truc [...] et il ne devait pas y avoir d'infirmière le soir à ce moment-là, le gars il avait besoin de quelqu'un, tu ne te dis pas le gars je vais l'envoyer aux urgences ou appeler le 15 pour une injection qui peut être faite comme ça... ».

Réaliser un dextro ou une injection relève du mandat professionnel des infirmières. Pour autant, comme l'explique ce professionnel, « à ce moment-là, le gars il avait besoin de quelqu'un ». À nouveau, répondre aux besoins immédiats vient donc légitimer ce débordement dans les activités professionnelles.

Ces glissements de tâches concernent également la distribution des traitements, que doivent réaliser les travailleurs sociaux en l'absence des infirmières¹. Dans ce cadre, ces derniers sont amenés à distribuer des traitements de substitution, comme de la méthadone, un produit dont le non-respect de la posologie peut être létal. Cette tâche, particulièrement encadrée à l'hôpital, est réalisée au sein d'Envol par n'importe quel professionnel, indifféremment de son expérience professionnelle ou de son diplôme. J'ai moi-même eu à le faire en tant qu'éducatrice spécialisée remplaçante. Arthur, travailleur social au foyer du père Virgile, m'explique que sa compagne, infirmière à l'hôpital, est offusquée par ce fonctionnement. Il m'indique qu'elle-même à l'hôpital n'est pas habilitée à distribuer ces traitements à haut risque. Ce qui apparaît inenvisageable au sein du monde médical est donc ici autorisé.

Ces glissements de tâches et cette porosité dans les activités professionnelles semblent découler de plusieurs logiques. D'abord celle du poids du passé, le credo historique de l'association valorisant l'engagement, le don de soi et la considération holistique des sans-abri. Le sens de l'action continue ainsi d'être davantage défini par les besoins des hébergés que par les normes professionnelles des métiers. Plus encore, il apparaît que le processus de sanitisation engendre des glissements de tâches dans les pratiques professionnelles, puisque la légitimation de la prise en charge de la santé contribue à cette confusion dans les rôles de chacun. Enfin, on peut aussi se demander si ce faible niveau de cadrage repéré dans les activités de soin ne peut pas être analysé à l'angle de la faible considération sociale des personnes directement concernées par ces glissements de tâches.

En miroir, les infirmières voient elles aussi leur quotidien relativement brouillé dans ce contexte de travail. À l'image des travailleurs sociaux dont les pratiques chevauchent le soin, celles des soignantes chevauchent parfois le travail social :

« Je suis une infirmière en secteur social, je ne suis pas une infirmière en médecine ou en chir [chirurgie], donc du coup je fais beaucoup de social aussi. Tu vois, ça m'arrive aussi, des petites broutilles, d'ouvrir la porte aux

¹ Cela ne concerne pas le CHRS des Rivières, qui fait intervenir des infirmières libérales pour la distribution des traitements.

gars, de dire : "*tiens ouvre ton sac*" parce que je sais que la personne elle s'alcoolise, comme la personne elle n'a pas le droit de rentrer de l'alcool dans le foyer [...]. Après, ça arrive, le gars il me dit "*j'ai du linge dans la machine*", les collègues sont occupés, j'ai deux minutes, je le fais, je vais pas dire... Bon des fois ça m'énerve. Des fois je ne vais pas répondre à la porte, parce que quand mes collègues sont déjà en bas... Et certains de mes collègues me disent : "*c'est pas à toi de faire ça !*". Ça m'est déjà arrivé de faire sortir quelqu'un du foyer, tu vois, alors que normalement je devrais aller chercher un collègue, sauf que c'est moi qui vois l'action en elle-même, du moins l'incident qui se passe, je ne vais pas aller chercher une collègue, tu vois, sur le coup je le fais [...]. Alors oui certes il y a des trucs que je ne devrais pas faire... genre des choses qui seraient à faire par les animateurs ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Les propos de Marie décrivent bien cette proximité dans sa pratique quotidienne aux tâches liées au travail social, s'éloignant du cœur de son métier : « *il y a des trucs que je ne devrais pas faire* ». Marie me dit d'ailleurs dans une salle d'attente à l'hôpital en commentant son métier : « *des fois j'ai l'impression que j'aurais dû faire éducatif !* ». Par ce contexte de travail en commun, une forme de porosité et de brouillage entre les rôles de chacun s'instaure donc. Ce constat s'applique d'ailleurs de la même manière à la psychologue de l'association, qui m'indique faire « *beaucoup de social* » dans le cadre de son travail au quotidien.

Ce brouillage des frontières professionnelles est tout particulièrement repérable dans la situation suivante où Anne, infirmière au FPV, prend directement part au travail d'insertion :

Quelqu'un toque à la porte de l'infirmierie, Anne [IDE] invite la personne à entrer. Sergio entre, visiblement énervé. Anne lui demande s'il veut parler un peu. Il s'assoit et nous explique qu'il est très énervé car « *les animateurs ne font rien* » ; « *c'est pas normal de toujours être à Virgile à 50 ans !* ». Anne lui répond en lui demandant s'il est allé chercher ses documents pour faire une demande de logement social. Il lui répond que non. Anne prend alors le téléphone de son bureau, et après avoir cherché rapidement le numéro d'un bailleur social, appelle le secrétariat. Elle demande comment cela se passe pour déposer une demande de logement social. La personne lui explique qu'il faut remplir un dossier, disponible en ligne, ou dans les locaux d'accueil du bailleur social. Après avoir raccroché, elle indique à Sergio que ce matin, il faut qu'il aille chercher son dossier de demande de logement social à telle adresse, qu'elle lui note sur un papier après lui avoir expliqué le chemin pour s'y rendre. Elle me dit plus tard qu'elle n'a pas souhaité lui imprimer le dossier disponible en ligne, préférant qu'il se déplace pour aller le chercher. Sergio est d'accord pour aller chercher le document, mais en retour, il

demande à Anne une autorisation pour rester en journée¹. Anne conclut donc un contrat avec lui, et lui dit que s'il revient avec son papier, et qu'il lui montre, elle l'autorisera à rester dans l'établissement le reste de la journée. Après qu'il soit parti, Anne me sourit en me disant « *il sait quand même à qui s'adresser...* ».

Extrait des notes d'observation, vendredi 21 décembre 2018

Dans cette situation, Anne recourt au registre d'action des travailleurs sociaux, en enclenchant des démarches pour une demande de logement social. Cette situation souligne que les enjeux autour de l'insertion des hébergés peuvent faire partie intégrante des pratiques des professionnels du soin (Morcellet, 2009). À nouveau, cela témoigne de la circulation des pratiques de *care*, les professionnels pouvant, dans ce contexte et auprès de ce public, intervenir en dehors de leur pré carré professionnel. Par le recours à cette intervention proprement sociale, Anne parvient à canaliser la colère de Sergio, qui s'apaise suite à sa proposition. Le débordement des activités des professionnels a ainsi une fonction importante, puisqu'elle contribue à pacifier la prise en charge des hébergés. Aussi, à l'image des infirmeries en prison que Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien analysent comme des « lieux contribuant à l'abaissement des tensions », les infirmeries des centres d'hébergement semblent elles aussi revêtir cette fonction (Bessin, Lechien, 2002, p. 74). Elles constituent en effet des « coulisses » participant à apaiser le monde de l'assistance (Goffman, 1973 ; Bessin, Lechien, 2002, p. 71).

Le travail de Vincent Dubois interroge les raisons du maintien d'un cadre pacifié au sein des institutions sociales (Dubois, 1999). À la poursuite de cette réflexion, on peut en effet se demander comment l'ordre perdure dans les centres d'hébergement, malgré la promiscuité et la précarité des conditions d'accueil. Confrontant quotidiennement des personnes aux profils différents, de surcroît mises en concurrence pour l'obtention de places d'hébergement, on pourrait s'attendre à ce que les altercations soient courantes et ingérables. Pourtant, sans être absentes, celles-ci sont relativement rares et contrôlées. Cela s'explique en partie car les conflits sont anticipés par l'ensemble des professionnels présents. Dans ce cadre, les infirmières jouent un rôle central d'apaisement des situations, en ayant la possibilité de recourir à un large panel d'actions. Plus largement, les glissements de tâches et cette circulation du *care* permettent une adaptation aux besoins des hébergés. Ce travail permanent d'ajustement par les professionnels

¹ Au foyer du père Virgile, les personnes hébergées sont tenues de sortir de l'établissement entre 10h et 17h30. Pour « rester en journée », les personnes doivent avoir une autorisation délivrée par les infirmières ou les travailleurs sociaux.

sociaux et soignants, outre sa réponse aux besoins directs des hébergés, a ainsi également une fonction de maintien de l'institution (Dubois, 1999).

II. Entre domination et coopération : le soin aux sans-abri comme ordre négocié

Les éléments de cette première partie mettent en avant l'idée que la division du travail de soin est relativement poreuse : les travailleurs sociaux soignent, les infirmières font du social. Les frontières des différents groupes professionnels semblent brouillées, occasionnant une circulation, voire des recouvrements entre les pratiques sociales et soignantes (Morcellet, 2009). Pour autant, ce partage du *care* est-il aussi harmonieux qu'il n'y paraît jusqu'alors ? La porosité des frontières au travail est en réalité loin de conduire à l'effacement total des frontières professionnelles. Erhard Friedberg analyse que toute relation de coopération, de travail en commun, implique des enjeux de pouvoir et de domination (Friedberg, 1997). L'enquête de terrain réalisée a en effet permis de repérer un nombre important de conflits à l'occasion de ces temps de travail coopératifs. Ces tensions ne viennent pas nier la réalité d'un travail de *care* partagé, mais permettent de replacer ces enjeux de travail coopératif dans les rapports de domination asymétriques qui les encadrent.

La deuxième et la troisième partie de ce chapitre, qui vont donc se consacrer aux frontières dans le travail de *care*, permettent d'envisager avec plus de complexité l'injonction aux pratiques coopératives et au décloisonnement des secteurs sociaux et médicaux. Si les politiques publiques affirment cette orientation avec la plus grande assurance de réussite, il s'agit de s'interroger concrètement sur la manière dont ces acteurs font face à cette évolution du travail. Cette injonction, « nullement accompagnée d'un mode d'emploi », est en effet loin d'être évidente (Dhume, 1999, p. 3), notamment parce que ces métiers relationnels répondent de cultures professionnelles et de registres d'actions différents (Demailly, 2009). Le « miracle de la coopération » comme solution pour résoudre à la fois les inégalités sociales de santé, les problématiques d'accès aux soins et la rationalisation des dépenses nécessite d'être analysé en pratique (Dhume, 1999, p. 6).

Une infirmière exerçant au sein de l'association me dit avoir constaté qu'il y a « *comme des murs qui se remettent* » entre le monde médical et le monde de l'assistance, comparé aux années 1980, lorsqu'elle a commencé sa carrière. Cette affirmation va être prise comme une énigme, dans la mesure où si l'on s'en tient à une étude des politiques publiques, ces murs sont au contraire censés s'affaiblir. En pratique, il semble néanmoins que les enjeux du

décloisonnement s'accompagnent au final « d'autres formes de cloisonnement », comme l'indique Maryse Bresson (2006, p. 148), réactualisant certaines frontières professionnelles entre le monde médical et le travail social notamment (Schlegel, 2019 ; Uribe Larrea, 2020). Dans la partie qui va suivre, je regarderai donc les tensions et frontières professionnelles qui s'actualisent dans ces contextes de travail partagé entre le monde de l'assistance et le monde de l'hôpital, puis je montrerai les ressources dont dispose le monde de l'assistance pour symétriser ses relations avec cet acteur central du soin.

1. *« Gardez bien votre place d'éducateur, nous on est les médecins » : de l'impérialisme médical*

Des conflits entre le monde de l'hôpital et le monde de l'assistance sont fréquemment apparus sur le terrain, et ce au sein de tous les centres d'hébergement investigués. Deux enjeux majeurs catalysent l'objet de ces tensions : la circulation des informations médicales et les sorties d'hospitalisation des hébergés. Ces deux enjeux constituent des points de rencontre, d'interaction et de négociation entre le monde de l'assistance et le monde médical.

D'abord, l'enjeu de la circulation des informations médicales est révélateur de tensions. Si les informations médicales circulent au sein du monde de l'assistance à travers les différents groupes professionnels en présence, ce constat ne s'applique pas toujours avec le monde médical :

« J'ai eu un exemple une fois, j'ai fait hospitaliser avec la cheffe de service une personne qui allait très très mal, donc on l'a fait hospitaliser à l'hôpital psychiatrique. Et du coup en tant qu'éducateur référent, j'ai appelé le lendemain pour savoir comment ce monsieur allait. Et on me dit : "vous êtes qui ?", je me représente, éducateur référent. On me dit : "on n'a pas à vous donner d'informations par rapport à ce monsieur". Je dis ok. Mais elle me dit à l'inverse, c'était une infirmière, j'ai le docteur qui voulait des informations. Elle me dit ça tombe bien que vous soyez là ! Mais j'ai dit, "ça va dans les deux sens madame, vous ne voulez pas me donner d'infos, moi non plus", et puis j'ai raccroché. J'ai essayé, quand je suis retourné à l'hôpital, de rencontrer cette personne, on m'a dit qu'elle n'était pas là. Bon après je ne vais pas chercher le conflit, on est dans la bêtise. Moi faut que je donne des infos, mais eux non, parce qu'eux ils sont dans la médecine ».

Renaud, éducateur spécialisé, 59 ans, CHRS des Rivières

La circulation des informations s'inscrit dans des rapports de domination. Renaud est ici rendu non éligible aux informations médicales, alors qu'il est attendu de lui qu'il diffuse des informations sociales. La circulation de ces informations fait ainsi l'objet d'enjeux de pouvoir, plaçant dans une position dominante les détenteurs de savoirs réservés à une frange restreinte

d'individus. Moins les informations circulent, plus elles viennent renforcer les positions de pouvoir de ceux qui y sont rendus éligibles. Au-delà de cette seule situation, la circulation des informations vient alors avant tout situer le monde de l'assistance dans une position subalterne vis-à-vis du monde médical.

Le second objet de tension concerne les sorties d'hospitalisation des patients sans-abri :

« Il y a six ou sept mois, monsieur Jouet avait décompensé, et donc il avait été hospitalisé aux urgences psychiatriques, et donc, je crois, je sais plus s'il avait fait un AVC [accident vasculaire cérébral] ou un truc comme ça [...]. Il avait été alité un certain nombre de semaines, et ils voulaient nous le renvoyer avec des escarres, une poche et une sonde. Et moi je revenais de congés en plus, c'était au mois d'avril, je ne savais pas que ça en était là, et j'ai l'interne au téléphone et donc ils me disent "on va vous renvoyer monsieur Jouet, il a une sonde, des escarres, il faudra lui mettre des crèmes de machins", et je fais non enfin on peut pas l'accepter, déjà on n'a pas de matelas adaptés et puis nous les sondes c'est trop lourd à gérer, le week-end on est tout seul, l'infirmière elle n'est pas là, et donc qu'est-ce qu'il m'a sorti le médecin... Oh c'était une... elle m'a dit "oh c'est bon il n'y a pas besoin d'avoir un bac pour changer une sonde, si monsieur Jouet peut la changer seul je pense que vous en êtes capable aussi !". Enfin elle me sortait des trucs comme ça... et donc je me suis un peu énervée en disant "écoutez je vous parle de manière respectueuse depuis tout à l'heure, vous n'êtes pas obligée de me parler... de me prendre de haut comme ça, c'est une décision qui a été prise en équipe, le chef de service nous a dit que si on nous appelait pour nous envoyer monsieur Jouet il fallait refuser donc non, je vous dis non". Et donc elle est partie dans les tours en disant que j'étais une incapable... Et du coup au bout d'un moment j'ai dit "puisque vous me parlez comme ça je vais raccrocher, là le dialogue il est stérile", donc j'ai raccroché, je suis allée voir Arnaud, voilà ».

Marine, assistante de service social, 28 ans, CHRS de la SRAS

La sortie de l'hôpital génère ici une forte tension qui s'exprime à travers une violence verbale. Dans la manière dont elle retrace l'interaction, Marine s'est vue infériorisée, voire humiliée, l'interne lui reprochant son incapacité alors même qu'elle appliquait une position institutionnelle la dépassant. Le travail en coopération, parce qu'il est chargé de rapports de pouvoir, peut en cela être source de violence et de souffrance au travail, bien que cette dimension ne soit que rarement prise en compte.

À nouveau ici, le monde médical est décrit comme le dominant de ces situations sous tension, renvoyant le travail social à une position exécutante du médical. La situation décrite par Marine, repérable à différentes reprises sur le terrain concernant des sorties d'hospitalisation, doit être rapprochée de l'enjeu des places d'hospitalisation qu'il soulève.

Dans un contexte de tension hospitalière et de saturation des lits à l'hôpital (Belorgey, 2010 ; Wolff, 2018), la situation de monsieur Jouet met le doigt sur le fait que les places d'hospitalisation constituent un bien rare, réservé aux cas médicaux les plus aigus. Cette logique est toutefois remise en question par la présence de patients sans-abri, dont il est souvent présumé qu'ils ne souffrent pas de pathologies graves (Wolff, 2018). Dans un contexte où la sélection et la logique de triage des patients s'accroissent, les sans-abri constituent des cas limites venant exacerber les failles d'une institution en tension (Carricaburu, Ménoret, 2004 ; Izambert, 2016 ; Wolff, 2018). S'il a déjà été souligné qu'il était moralement complexe pour les professionnels de l'hôpital de remettre des patients à la rue (Wolff, 2018), l'hébergement au sein du monde de l'assistance ne facilite pas nécessairement la sortie : en tant qu'institution ayant ses propres normes, les centres d'hébergement peuvent refuser les situations estimées trop lourdes sur le plan sanitaire. Aussi, monsieur Jouet n'est plus assez malade pour bénéficier d'une place à l'hôpital, mais l'est trop pour pouvoir être admis à la SRAS¹. Les situations de sans-abri à l'interstice du social et du sanitaire viennent alors rejouer l'asymétrie des relations entre ces institutions. À l'observation, c'est en effet le plus souvent le monde de l'assistance qui se plie aux demandes de l'hôpital.

Un vendredi en fin d'après-midi, le téléphone de la SRAS sonne et le chef de service me demande de répondre. Il s'agit du service des urgences, qui demande à ce que nous venions chercher Roger, accompagné le matin même. Au passage, la personne me dit : « *on a quand même essayé de vous joindre tout l'après-midi, personne n'a répondu !* ». Je réponds que je vais transmettre l'information et raccroche. J'explique la situation à Arnaud, le chef de service, qui me dit que je ne pouvais pas le savoir, mais que l'« *on ne prend jamais de retour d'hospitalisation le vendredi soir* ». Il me demande de les rappeler, et de lui transmettre le téléphone. Entendant en partie la conversation, je comprends qu'Arnaud tente de négocier avec le professionnel de santé. Il lui affirme au départ que « *pour nous ce n'est pas possible* », « *on ne peut pas le reprendre à cette heure-là, nous on n'a plus d'infirmière* ». Il demande au professionnel de santé à ce que le patient puisse rester à l'hôpital jusqu'au lundi matin. Cependant, le chef de service finit par dire « *si ce n'est pas possible autrement, on viendra le chercher* », ce qui sera finalement l'option actée. Roger rentrera à la SRAS le soir même. Une grande part des négociations entre le monde médical et le monde de l'assistance aboutissent alors de la sorte, soit par le fait que le travail social se plie aux injonctions du monde médical.

¹ Les effets sur les hébergés de ces failles entre les institutions seront plus largement abordés au chapitre 10.

Outre les sorties d'hospitalisation, ce sont les professionnels du monde de l'assistance qui modifient régulièrement leurs horaires de travail – voire de congés – pour honorer les rendez-vous médicaux des hébergés. Presque invariablement, ce sont les travailleurs sociaux qui synchronisent leurs emplois du temps au monde médical, indifféremment des impératifs temporels du monde de l'assistance.

Le constat de ces rapports de domination asymétriques n'a rien de surprenant au regard du fait que les médecins détiennent des positions de pouvoir particulières au sein de l'espace social. Par leur niveau de diplôme, leur capital culturel, économique, mais aussi par le prestige social qui leur est accordé, leur position est sans conteste surplombante vis-à-vis des travailleurs sociaux (Schlegel, 2019). Vianney Schlegel, en analysant également les relations entre ces groupes professionnels, pointe l'influence et la « dominance des professionnels de santé sur les travailleurs et travailleuses sociales » (Schlegel, 2021). Son analyse souligne que les travailleurs sociaux ne remettent que très peu en question cette hégémonie normative du pouvoir médical. Or, une différence est ici notable entre nos terrains d'enquête, puisqu'au sein de l'association que j'étudie, il apparaît que les travailleurs sociaux n'adoptent pas toujours une position passive vis-à-vis du pouvoir médical. Si la tendance générale est bien à la compliance, ces relations subordonnées ne disent pas tout des interactions entre le monde médical et le monde de l'assistance. Par son histoire marquée par la résistance à toute forme d'emprise médicale, les professionnels d'Envol s'imposent régulièrement au monde médical comme des égaux. C'est d'ailleurs très souvent lorsque le monde de l'assistance dévie de cette norme de subordination que des conflits violents se font jour. La situation suivante, au foyer du père Virgile, est particulièrement éclairante sur ce point :

« La situation est la suivante, on a un monsieur qu'on nous oriente, pour lequel on sait le soin nécessaire parce que les collègues, notamment les femmes, se plaignent de monsieur parce qu'il a des attitudes étranges, de séduction, mais un peu louches. Dans le regard on sent que monsieur il est pas net net. [...]. Donc on est alerté de ça, et puis nous on le trouve aussi... pour l'avoir eu en entretien avec Yann, sur la défensive [...] il se méfie, il sait qu'il a un souci, et nous on lui propose de l'accompagner, de lui proposer du soin. Il y a des entretiens avec le psychologue notamment : la première étape avant qu'on lance la cavalerie. J'entends par lancer la cavalerie : signer des demandes de tiers, des hospitalisations d'office [...]. Il est obligé de dire oui aux soins, et notamment la consultation auprès du psychologue puis du médecin [...]. Il a un traitement. Il s'avère qu'il ne le prend pas. Il ne va pas beaucoup mieux du coup, mais toujours est-il qu'il n'y a pas d'explosion encore. On sait qu'il a un jugement pour des faits relatifs à des problèmes d'agression sexuelle, je sais pas si c'est de l'exhibition ou de l'agression, c'est un truc là-dessus, il ne s'y rend pas, enfin bref il tourne autour du pot. On en

est là nous, et on lui demande d'aller voir le médecin une nouvelle fois. Le médecin a des alertes des collègues, surtout des collègues femmes, qui disent comment elles perçoivent monsieur, et le médecin du coup, à la suite de son entretien avec ce résident, appelle et il nous dit bon le monsieur il faut l'hospitaliser, donc vous nous signez une demande de tiers¹. Et nous on dit... non. En fait, faut peut-être l'hospitaliser, mais nous de ce qu'on en perçoit, moi je ne me sens pas légitime à signer une demande de tiers devant le juge des libertés, j'ai pas envie de passer pour quelqu'un qui signe des demandes de tiers facile, c'est pas nous. Et puis là du coup on a été accusé de pas comprendre les enjeux, de pas prendre nos responsabilités. Donc on a renvoyé que si, nous notre responsabilité c'est de pas signer quand on ne perçoit pas de ... elle dit, mais il y a un risque grave de passage à l'acte, je dis, mais c'est vous médecin qui percevez ça, c'est pas moi, et en mon nom je ne signerai pas, parce que moi Harold, chef de service, je ne perçois pas, donc j'ai pas à signer de papiers ! [...]. C'est ce que vous voulez, qu'il soit hospitalisé, donc prenez vos responsabilités ! Elle l'a fait et elle veut plus nous parler depuis, tu vois c'est un truc... [...] moi je ne suis pas à l'injonction du médecin, *never* ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Le conflit émergent de cette situation ne porte pas tant sur l'évidence du besoin de soin de cet hébergé, partagé par les travailleurs sociaux, les chefs de service et les soignants, que sur l'injonction de la médecin à ce que les chefs de service signent une hospitalisation sur demande de tiers. Selon eux, la situation ne nécessite pas – ou pas encore – ce degré de coercition dans le soin, estimant avoir encore des éléments à travailler avant cette dernière solution qu'est l'hospitalisation sous contrainte. Ce n'est pas ici une tension autour de l'enjeu des places qui catalyse le conflit, mais un désaccord prégnant autour du degré de dangerosité de la situation. En outre, c'est bien le positionnement de ces chefs de service comme des exécutants des médecins qui a fait l'objet d'une résistance considérable : « *moi je ne suis pas à l'injonction du médecin, never* » explique Harold. Dans cette situation en particulier, le monde de l'assistance revendique l'indépendance de son action vis-à-vis du monde médical et considère son travail comme ne devant pas être subordonné aux médecins. Toutefois, la revendication de cette autonomie a été prise comme un affront par ces acteurs de la psychiatrie. Peu de temps après le refus des chefs de service de signer ce document, des représentants de l'hôpital psychiatrique sont intervenus lors d'une réunion d'équipe du FPV et leur ont fait savoir leur mécontentement :

« Clairement on remettait en cause tout notre boulot, en tant que professionnels du social, justement dans le domaine médical, enfin là sur le

¹ L'hospitalisation à la demande d'un tiers peut être réalisée si une personne présente des troubles mentaux nécessitant des soins immédiats, et que le recueil du consentement aux soins de la personne est impossible (article L 3212-1 du Code de la santé publique).

versant psy [...]. Nous on met beaucoup de temps à ce que les résidents soient suivis au niveau du psy, du coup ils remettaient en cause le fait qu'au début, on instaure un lien de confiance [...] mais clairement, notre job il est là, c'est ce qu'on fait au quotidien, c'est ça notre travail, c'est de prendre le temps, mais on ne nie pas les problèmes, on ne nie pas les troubles [...]. Mais à part nous lyncher, et sortir des mots médicaux que moi je comprenais pas... tu vois je l'ai ressenti comme "*gardez bien votre place d'éducateur, nous on est les médecins, donc nous on sait*" [...]. En tout cas l'image que j'en ai [...] c'est qu'il y a un médecin qui a été un peu vexé, du coup ils sont venus entre guillemets pour la défendre, et pour écraser les petits éducateurs, les petits gens du social tu vois, mais peut-être qu'il y avait autre chose j'en sais rien moi tu vois, mais en tout cas, la façon dont ils l'ont fait, moi je l'ai perçue de cette manière ».

Charlotte, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

En insistant sur l'aspect « *petits éducateurs* », « *petits gens du social* », les propos de Charlotte – retrouvés dans les discours de nombreux autres professionnels – soulignent le vécu de cette situation sur le mode du rappel à l'ordre des hiérarchies entre le social et le médical. Si une place dans le travail de *care* est reconnue aux travailleurs sociaux par les médecins, celle-ci est ici cantonnée à un rôle d'exécution. En héritage au credo associatif socio-sanitaire vigilant à résister à toute forme d'emprise médicale, cette position est toutefois inaudible pour les professionnels d'Envol. Ces derniers revendiquent en effet des savoirs singuliers, empiriques, issus de leur présence quotidienne auprès des hébergés (Barrett, 1997). Ces professionnels considèrent avoir un rôle légitime dans l'accompagnement de la santé des hébergés, comme le souligne Charlotte lorsqu'elle explique « *clairement notre job, il est là* ». Dans cette situation, la négation de ces savoirs empiriques agit comme une violence de premier ordre pour ces travailleurs sociaux qui valorisent fortement ces savoirs et connaissances issus de l'expérience.

Cette position surplombante du médical peut être analysée comme une forme d'impérialisme, où le sentiment d'une mise sous dépendance du monde de l'assistance au monde médical est explicitement ressenti. Au-delà de cette situation, la crainte d'une mise sous tutelle est fréquente. Si cette préoccupation est ancienne, elle se trouve fortement réactualisée dans ce contexte d'injonction au travail coopératif. Un psychologue travaillant au sein de l'Équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) m'exprime ainsi ses craintes sur ce sujet :

« Maintenant depuis les lois des années 2002 ou 2004 sur le handicap psychique, tous les malades sont des handicapés psychiques, comme il y a pleins de malades handicapés psychiques dans les réseaux sociaux, enfin dans les réseaux sociaux, mauvaise expression, dans les structures sociales, et bien pourquoi pas les annexer ! Et je crains que ce soit un petit peu l'idée de certains, en tout cas je connais des médecins qui ont ça dans la tête, avec

l'idée : qu'est-ce qu'on fait pour eux dans ces structures-là ? [du monde de l'assistance] Rien – ce qui est faux, parce que c'est aussi une méconnaissance, et du coup une annulation de ce que font les travailleurs sociaux [...] – donc c'est vraiment ce que je crains, notamment pour un lieu comme la SRAS, à mon avis, si les travailleurs sociaux sont pas motivés à défendre ce qu'ils font, ils vont se faire bouffer ».

Stéphane, psychologue, 51 ans, Équipe mobile psychiatrie-précarité

« *Se faire bouffer* », ou « *annexer* », ressort ainsi de ce discours comme une crainte prégnante de l'évolution du monde de l'assistance dans ce contexte de décloisonnement du social et du médical. En raison des évolutions du monde hospitalier, marquées par les réductions du nombre de lits d'hospitalisation, par les coupes budgétaires et par l'injonction à la sortie de l'hôpital des patients chroniques, le déploiement d'une forme d'emprise médicale sur des établissements comme la SRAS, à la frontière du social et du sanitaire, paraît rationnel pour les acteurs du monde de l'assistance. En pratique, certaines situations peuvent d'ailleurs être analysées à l'angle de cette croissance de l'emprise médicale sur le monde de l'assistance. À plusieurs reprises, j'ai pu voir des demandes d'hébergement formulées par des médecins, des hébergés présentant alors un certificat médical indiquant leur nécessité d'obtenir un hébergement. Toutefois, les travailleurs sociaux considèrent que l'hébergement social ne peut relever d'une prescription médicale. En refusant que l'hébergement puisse être prescrit médicalement, les travailleurs sociaux tentent de conserver la sélection de leur propre public et se préservent plus largement d'une subordination au médical.

2. *Symétriser la prise en charge de la santé*

L'analyse de cette relation dissymétrique du point de vue du monde de l'assistance permet de ne pas s'en tenir au constat d'un travail social passif face à cette domination. Le monde de l'assistance résiste en effet de différentes manières à cette emprise médicale :

« Je vous le disais, je commençais par-là, on a fait le bras de fer, ils [l'hôpital] ont mis dehors un type qui pouvait plus se servir de ses jambes, il était en fauteuil roulant, en plus il avait des escarres, un type alcoolique, top niveau. Il pourrissait la vie du service hospitalier au point que sur les infirmières il jetait ses excréments, enfin bref. Il était infect. Non non on peut plus là, vous n'êtes pas sage, boum dehors. Au début ils nous l'envoient à Virgile, le type il avait une sonde, enfin bref, des trucs ... Donc il fallait mettre en place des protections et tout ça, ça on le savait pas trop encore. On dit non on prend pas en charge, ils assument, ils le foutent dehors. Donc le type il a passé trois jours dehors à la gare, il s'est laissé couler, on l'a rattrapé, parce qu'il nous a été orienté par Le Relais, donc là une orientation classique, un type à la rue, c'est normal, c'est la marche normale. Mais jamais de la vie c'est l'hôpital

qui nous oriente des bonshommes, parce que sinon on marche sur la tête quoi ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Dans cette situation, le centre d'hébergement refuse de se voir subordonné à l'hôpital, qui amène directement la personne au foyer du père Virgile en outrepassant les procédures classiques des demandes d'hébergement. Les professionnels du monde de l'assistance revendiquent donc fermement le maintien d'une distance vis-à-vis de l'hôpital dans les procédures d'hébergement des sans-abri. La résistance à cette emprise est toutefois subie par la personne concernée, qui se retrouve à la rue en raison du fait qu'elle se situe au cœur d'une tension entre le monde de l'assistance et le monde hospitalier.

La résistance à cette emprise médicale se structure en outre dans le sillon d'une vision assez critique du groupe professionnel des médecins. Parfois critiqués pour leurs positions de pouvoir et leur capital économique, les travailleurs sociaux développent le plus souvent une critique portant sur l'incapacité du monde médical à soigner les sans-abri. En cela, des témoignages satiriques de l'incompétence présumée de l'hôpital circulent régulièrement dans les conversations professionnelles, soulignant par exemple qu'un hébergé « *est entré à l'hôpital pour un AVC et est ressorti avec une jambe dans le plâtre* ». L'ironie sert ici à exprimer une critique quant à la perception d'une moindre considération de ce public par le monde médical. Certains professionnels du monde de l'assistance me disent être « *révoltés* », et une éducatrice me glisse un jour qu'il faudrait porter plainte contre l'hôpital tant le non-respect des patients sans-abri lui semble manifeste. Dans cette critique, le monde médical est accusé de ne pas tenir compte des douleurs et affections réelles des personnes, et de réduire ces patients à des représentations stigmatisées des sans-abri. Comme l'analyse Gabriel Uribelarrea, les professionnels hospitaliers préjugent parfois les patients sans-abri : « 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 » (Uribelarrea, 2020, p. 313). En préjugant la personne, les singularités du patient peuvent alors parfois se retrouver niées, et leur pathologie invisibilisée derrière leurs caractéristiques sociales. En cela, les sans-abri se voient souvent attribuer une faible valeur à l'hôpital au point de constituer la contre-figure du patient idéal (Wolff, 2018), ce qui indigné une large part des professionnels du monde de l'assistance.

De surcroît, à l'image des infirmières et des auxiliaires de vie, les travailleurs sociaux voient également leur reconnaissance professionnelle et sociale diminuée dans leur exercice du métier auprès de cette population :

« Mais c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est que notre parole elle est déconsidérée, on est pas considéré comme des professionnels et on va être associé aux résidents, c'est-à-dire que comme ils [les médecins] ont une mauvaise image de ce public-là, ça se répercute sur nous, donc notre parole elle n'est pas entendue... [...] et du coup pour en revenir à notre pratique, ça se répercute, on est discrédité comme eux le sont, des sous-catégories, des sous-humains ».

Aline, éducatrice spécialisée, 43 ans, Virgile

La faible valeur sociale des patients sans-abri¹ contribue à appauvrir le prestige social du métier qu'ils exercent à leur côté. Aussi, l'asymétrie entre les professions du social et du médical doit aussi être rapportée à ce point : le fait que ces travailleurs sociaux soient quotidiennement du côté des sans-abri constitue un facteur de discrédit important.

Les travailleurs sociaux usent néanmoins de différentes ressources pour symétriser leurs relations avec les professionnels médicaux. S'ils se définissent entre eux comme des « animateurs », il s'avère qu'au contact de professionnels médicaux, ces professionnels sociaux recourent invariablement à leurs titres professionnels. Lorsqu'ils n'ont pas de diplôme du travail social, ils préfèrent des appellations comme « référent social » ou encore « éducateur » pour se distinguer des connotations disqualifiantes du terme « animateur » (Autès, 1999). Dans des contextes marqués par des enjeux de pouvoir, les enjeux statutaires sont réinvestis comme une manière de résister à la dégradation de l'identité professionnelle.

De manière encore plus franche, les professionnels sociaux se font parfois même passer pour des professionnels soignants. Ainsi, alors que nous sommes un matin à l'infirmerie, Adélaïde, travailleuse sociale titulaire d'un DUT Carrières sociales indique à Mélanie, infirmière, qu'elle a des rendez-vous à prendre pour une hébergée. Mélanie dit qu'elle peut les prendre pour elle, mais qu'elle ne connaît pas l'emploi du temps d'Adélaïde qui l'accompagnera. Adélaïde dit qu'elle va donc s'en occuper, mais demande à Mélanie si elle a le contact d'un ORL. Après plusieurs hésitations, elles s'accordent pour prendre rendez-vous à l'hôpital. Adélaïde dit à Mélanie : « *mais ça va être dans trois ans non ?* » Mélanie répond que

¹ Cette faible valeur sociale accordée aux patients sans-abri a été analysée par les durées longues d'hospitalisation qu'ils peuvent engendrer, les coûts financiers de leurs soins s'ils ne sont pas ou mal couverts, et les maladies estimées peu intéressantes desquelles ils semblent majoritairement atteints (Coulomb, 2018).

non, pas forcément : « *tu dis que tu es madame Le Gall, que tu es infirmière, et que tu voudrais un rendez-vous pour une patiente, ça marche* ». Adélaïde dit qu'elle est gênée de faire ça : « *et s'ils me posent des questions ?* » Mélanie dit que les secrétaires posent peu de questions généralement, « *je te jure ça marche* ». Se faire passer pour une infirmière est considéré ici comme une manière d'obtenir plus rapidement un rendez-vous médical, étant entendu que la légitimité de la demande d'une soignante sera supérieure à celle d'une travailleuse sociale. Si je n'ai pas observé en pratique ces usages, j'ai tout de même constaté à plusieurs reprises que des travailleurs sociaux cochaient la case « professionnels de santé » à l'accueil de l'hôpital, leur permettant de constituer les documents hospitaliers administratifs plus rapidement. Ces techniques, outre les avantages pratiques qu'ils confèrent, permettent aux professionnels du monde de l'assistance de regagner une forme de légitimité sur le travail autour du soin qu'ils considèrent mener. Plus encore, elles ont pour fonction de favoriser l'accès aux soins médicaux des patients sans-abri, un droit que les professionnels du monde de l'assistance estiment souvent bafoué. Alors que plusieurs professionnels m'ont fait part de la lenteur de l'intervention des secours dès lors que l'adresse du foyer était communiquée, « *grossir le symptôme* » de l'hébergé en danger m'a également été expliqué comme une stratégie nécessaire pour assurer le déplacement des pompiers par exemple.

En s'attardant sur ces techniques et ressources professionnelles du monde de l'assistance, il apparaît alors que le soin aux sans-abri ne se réduit pas à des rapports sociaux subordonnés entre le travail social et le monde médical. En effet, il s'agit plutôt d'un ordre *négocié* au sens d'Anselm Strauss, oscillant entre conflits, négociations et coopérations (Strauss, 1992).

Il est noté sur le cahier de liaison qu'un hébergé s'est alcoolisé la veille [...]. Arnaud se demande quoi faire. L'infirmière évoque une hospitalisation en psychiatrie, puisque l'hébergé va très mal ces derniers jours. Arnaud rétorque en disant que l'hôpital psychiatrique a déjà cinq hébergés de la SRAS en ce moment et qu'il lui aurait été dit « *on ne va pas prendre toute la SRAS* ». Arnaud est embêté, car ils travaillent bien avec l'hôpital psychiatrique dernièrement, un travail de partenariat s'est bien installé, et il n'a pas envie de rompre cela en envoyant ce monsieur. L'infirmière rétorque « *mais c'est leur boulot !* ». Il lui accorde, mais dit qu'une majorité de soignants de l'hôpital préfèrent les pathologies vraiment médicales du DSM [Diagnostic and Statistical Manual], et pas les pathologies que la SRAS leur envoie, à la limite du médical, du social et de l'addictologie.

Extrait des notes d'observation, mardi 25 juillet 2017

Cette situation montre que l'enjeu du travail en commun entre le monde de l'assistance et le monde médical ne s'épuise pas par la question du besoin de soin ou d'hébergement des personnes. Parce que cinq hébergés sont hospitalisés à l'hôpital psychiatrique, ce chef de service ne se sent pas en position de solliciter à nouveau une hospitalisation pour un hébergé, quand bien même le besoin est manifeste pour l'infirmière. Arnaud fait en cela référence à un système implicite d'équilibre entre les institutions, où est en jeu la redevabilité de chacun. Cet enjeu tacite est ainsi pris en compte avant de solliciter une hospitalisation. Cela souligne ainsi la dimension négociée des interactions entre le monde de l'assistance et le monde médical.

À l'écoute des travailleurs sociaux, les rencontres avec l'hôpital sont précisément considérées comme des négociations ; aussi ai-je pu entendre l'expression « *c'est un bras de fer* » avec l'hôpital à plusieurs reprises. Les professionnels préparent alors ces négociations en anticipant son déroulé et leurs arguments : « *s'ils répondent qu'ils ne veulent pas le garder, on dira que nous, on ne le reprend pas* » dit ainsi un travailleur social avant de partir accompagner un hébergé aux urgences psychiatriques. Il ajoute également à sa collègue assistante sociale qui l'accompagne : « *c'est toi qui parles, t'es plus convaincante* ». Les professionnels fixent donc en coulisse les objectifs de la rencontre avec le milieu médical (Goffman, 1973), comme par exemple l'augmentation ou la baisse d'un traitement, et tentent dans ces interactions d'obtenir gain de cause.

La présence des travailleurs sociaux lors des consultations médicales est souvent souhaitée par les professionnels du monde médical car ils occupent un véritable rôle de tiers dans ces interactions et facilitent la rencontre entre le professionnel de santé et le patient sans-abri (Parizot, 2003 ; Coulomb, 2018 ; Uribe Larrea, 2020). En outre, leur présence leur permet aussi d'avoir un rôle actif dans ce moment et donc d'en négocier en partie son issue :

Nous sommes au CMP [centre médico-psychologique]. La médecin psychiatre vient chercher Édouardo et nous invite à entrer, Habib et moi. Elle demande à Édouardo comment il va. Il répond vaguement. C'est finalement Habib qui va répondre à toutes les questions du médecin. Selon lui, Édouardo va bien, mieux qu'il y a quelque temps. Le médecin tente tout de même de s'adresser à l'hébergé : elle lui demande s'il dort bien ; il répond que non. Habib surenchérit en disant que la nuit il dort en mettant son lit devant la porte car il a des angoisses. Il dort la journée, et fait les cent pas la nuit. Elle reprend ses notes des autres consultations et se rappelle qu'elle a récemment changé son traitement. Elle lui demande s'il a toujours des hallucinations et s'il entend toujours des voix. Il répond que non. Habib dit que ça se voit dans son regard : il est moins angoissé. Habib et la médecin parlent alors des médicaments, ils se questionnent mutuellement pour savoir quoi faire. La médecin ne décide pas seule. Je n'arrive pas bien à saisir la subtilité de leurs

échanges sur les médicaments, mais Habib maîtrise, lui, largement le vocabulaire médical. Finalement, un médicament sera enlevé, et un autre aura une plus forte dose. La médecin dit que s'il y a un problème avec le nouveau traitement ils peuvent la joindre [...]. Elle donne l'ordonnance à Édouardo, qui la tend immédiatement à Habib sans y jeter un œil.

Extrait des notes d'observation, vendredi 21 juillet 2017

Ayant une connaissance du passé et des habitudes d'Édouardo, Habib se porte ici garant de son état de santé. Ce rôle particulièrement actif dans la consultation médicale – qui n'a rien d'exceptionnel – permet d'analyser la consultation médicale et plus particulièrement l'ordonnance comme étant le résultat d'une négociation entre les travailleurs sociaux et les professionnels médicaux. En miroir, les rares situations où les professionnels sociaux ne sont pas conviés aux consultations des hébergés sont vécues comme une offense par les travailleurs sociaux, leur connaissance empirique des situations étant à leur sens négligée.

Le fait que le soin aux sans-abri constitue un ordre négocié se repère en outre par le fait que les hébergés sont eux-mêmes préparés à ces consultations avec le monde médical. Ainsi, alors que nous accompagnons un hébergé à l'EMPP, Robin, travailleur social non diplômé, lui demande comment il va en ce moment. Il lui répond que ça va. Robin lui dit que non, il « *va moyen* », qu'il ne dort pas très bien en ce moment, et qu'il doit en parler au médecin. « *Tu lui dis bien ?* » insiste-t-il. Les hébergés accompagnés aux rendez-vous médicaux sont ainsi souvent préparés à l'avance, particulièrement durant le trajet en voiture, à ce qu'il convient de dire au médecin. Cette capacité de préparation des hébergés, qui a évidemment ses limites en termes d'applications réelles par les hébergés des conseils prodigués par les travailleurs sociaux, constitue une ressource importante dans le cadre de la négociation que constitue la consultation médicale.

Plus encore, les hébergés sont préparés physiquement à ces rencontres avec le milieu médical, par un travail de « mise au propre » des corps pour le soin (Coulomb, 2018). Les commentaires de médecins ou de soignants sur l'hygiène des hébergés sont en effet fréquents : « *la prochaine fois vous lui ferez prendre une douche avant de venir* » exprime par exemple un médecin à une éducatrice durant un rendez-vous médical. Ces commentaires sont violemment vécus et soulignent à nouveau la part conflictuelle de cet ordre négocié. De surcroît, ce commentaire nie la réalité du travail fourni : dans cette situation, il s'avère que les professionnels ont bel et bien fait prendre une douche à cet hébergé. En expliquant cette situation à notre retour, l'ensemble des professionnels diront « *mais il n'est pas sale en plus !* ». Les professionnels du monde de l'assistance et du monde médical semblent ainsi entretenir des

conceptions différentes de la propreté. Les professionnels du monde de l'assistance ont des attentes moins élevées que celles du milieu médical, où l'asepsie constitue une norme professionnelle (Coulomb, 2018). La dimension négociée de ce travail de prise en charge du soin aux sans-abri passe ainsi en partie, en l'étudiant du point de vue des professionnels du monde de l'assistance, par un travail d'ajustement permanent entre les normes du monde médical et celles des sans-abri. À l'intermédiaire de cette rencontre, les travailleurs sociaux ont alors pour fonction de réhabiliter la personne, en travaillant à la faire transiter d'un sans-abri préjugé à un patient digne d'être soigné.

Les analyses de cette partie ne doivent pas pour autant laisser entendre que les médecins nient invariablement les singularités des patients sans-abri. Des soignants revendiquent au contraire une dimension proprement sociale dans leur travail de soin (Vassy, 2004). Aussi, il faut prendre au sérieux le souci dont peuvent faire preuve des professionnels du monde médical sans présager que les travailleurs sociaux ont le monopole de la considération portée aux sans-abri. Plus encore, certains professionnels de santé se font parfois de véritables alliés du monde de l'assistance. C'est là aussi une caractéristique de cet ordre négocié, s'articulant également autour d'une logique de coopération (Strauss, 1992). C'est particulièrement vrai pour les professionnels de l'EMPP, ou encore du médecin qui intervient à titre libéral à la SRAS, contribuant activement à la symétrisation des relations entre ces mondes :

« Si j'ai le temps, je décroche mon téléphone et j'arrive à avoir le médecin sénior [des urgences], comme j'en connais pas mal, ça améliore les choses. Mais parfois j'ai pas le temps, mais j'écris un courrier, il y a mon entête, etc., [...], mais ils sont débordés, je comprends, mais les retours parfois que j'ai... parfois ils sont accompagnés par un animateur qui y va et puis j'écris quand même clairement les choses et puis les gens reviennent trois heures après, qu'est-ce qui s'est passé ? Et rien. Parfois rien. Donc on retente plus tard, ou alors j'essaie de passer par les services, mais c'est très difficile aujourd'hui, de travailler pour faire admettre quelqu'un dans un service, c'est pratiquement, systématiquement, il faut passer par les urgences et puis aux urgences, il n'y a pas d'urgence ».

André Lefèvre, médecin généraliste, 54 ans

En téléphonant directement à certains médecins qu'il connaît personnellement, ce médecin tente de faciliter les rencontres du monde médical et du monde de l'assistance. Lorsque des relations d'interconnaissances se font jour, elles sont ainsi des supports essentiels pour symétriser les relations et faciliter l'accès aux soins des sans-abri.

Enfin, ce médecin explique que l'enjeu de l'urgence fait l'objet de définitions différenciées entre le monde médical et le monde de l'assistance. « *Aux urgences, il n'y a pas d'urgence* » affirme-t-il. Marc Bessin analyse cette perception différenciée de l'urgence comme un « hiatus » (Bessin, 1995), qui peut être à la source de malentendus entre ces acteurs. Ces manières différenciées d'appréhender le temps n'opposent pas seulement le monde de l'assistance au monde de l'hôpital, elles sont aussi à la source de tensions et de divisions au sein même du monde de l'assistance, notamment entre les infirmières et les travailleurs sociaux, comme je vais le développer dans la dernière partie de ce chapitre.

III. Diviser pour mieux soigner ?

Les frontières et divisions au travail ne sont pas repérables uniquement au contact d'acteurs extérieurs au monde de l'assistance. Au sein même de celui-ci, des cloisonnements se font jour. Ainsi, en dépassant l'analyse des rapports de domination entre les médecins et les travailleurs sociaux, il va s'agir de renouveler ce questionnement entre les infirmières et les travailleurs sociaux au sein des centres d'hébergement. À niveau de prestige égal, comment se rejouent les rapports de pouvoir dans le travail de soin ? Plus encore, je regarderai comment des divisions entre les travailleurs sociaux eux-mêmes sont repérables. En ce sens, cette dernière partie de chapitre vient dépasser l'image d'un travail de *care* circulant avec harmonie, en analysant les cloisonnements internes qui jalonnent ce travail de soin.

1. La désynchronisation du social et du sanitaire

En commençant l'enquête au sein du pôle santé, le chef de service me prévient immédiatement : il existe des conflits entre les travailleurs sociaux et les infirmières de l'équipe, dus à des visions différentes du travail. Dès les premiers jours, une infirmière me confirme d'ailleurs que « *les infirmières et les sociaux n'ont pas toujours une rencontre qui se passe bien, j'y ai d'ailleurs laissé ma santé* ». Comme je l'ai déjà montré plus haut, le travail coopératif est parfois une source de souffrance au travail (Denise et al., 2022). Ce sont souvent des différences de vision du travail, qui sont avancées comme l'enjeu central de ce qui divise ces professionnels :

« En fait le souci c'est qu'on n'a pas le même point de vue. Donc moi je veux prioriser le médical, parfois sur le côté animation, sorties tout ça, et eux vont privilégier les sorties. Moi ça m'est déjà arrivé de devoir décaler des rendez-vous des choses comme ça, parce que "*ah bah oui on avait prévu qu'il parte là, ah bah oui machin machin*". Après, je peux comprendre aussi, ils ne font

pas grand-chose de leur journée les messieurs, s'il y a une sortie prévue, je peux comprendre, mais quand on me dit à la dernière minute, lui on l'emmène alors que la personne elle a un rendez-vous ou quoi, je dis non c'est pas possible, on ne peut pas prévenir comme ça à la dernière minute. Mais on n'a pas le même point de vue là-dessus, et je pense que c'est logique aussi ».

Anne, infirmière, 30 ans, CHRS de la SRAS

Ces visions différenciées, explicitées par Anne, pointent la prégnance d'objectifs différents dans le travail d'accompagnement entre les infirmières et les travailleurs sociaux. Pour les infirmières, la santé constitue une priorité, en cohérence avec leur culture de métier. Pour les travailleurs sociaux, il s'avère que le soin n'est pas *toujours* une priorité, eu égard au cœur de leur métier avant tout tourné vers la relation éducative. Ainsi, le partage du *care* décrit dans la première partie de ce chapitre ne vient pas totalement gommer les différences de métier.

Pour aller plus loin, il semble que ce sont des temporalités différenciées de l'accompagnement et du soin qui distinguent les infirmières et les travailleurs sociaux au sein du monde de l'assistance. Les travailleurs sociaux prônent une finitude de l'accompagnement, en particulier sur les Lits halte soins santé (LHSS), qui sont des dispositifs prévus pour être temporaires¹. Cette vision implique que les personnes accueillies restent relativement peu de temps, et réintègrent ensuite le circuit de l'hébergement, afin de laisser la place à d'autres personnes nécessitant des soins temporaires. Les professionnels sociaux se montrent donc vigilants à ne pas chroniciser les accueils en LHSS. Ils valorisent ainsi la capacité à refuser certaines situations trop lourdes, et à prononcer des fins de prise en charge lorsque les raisons de l'accueil en LHSS sont dépassées.

Cette vision est toutefois souvent apparue inaudible pour les infirmières. Alors que des soins s'amorcent, souvent au-delà du caractère aigu de la pathologie qui a conduit la personne à être acceptée sur les LHSS, elle doit partir et potentiellement retourner à la rue. Karine, infirmière sur les LHSS, me dit ainsi que selon elle, le dispositif doit s'adapter aux besoins médicaux des hébergés. Si la personne a trois mois de chimiothérapie, cela lui semble logique de l'héberger trois mois. Pour Karine, il paraît évident d'accueillir la personne pour la durée de ses soins. Prendre en compte uniquement les pathologies aiguës, et non l'ensemble des éléments cliniques, s'avère pour les infirmières impossible à tenir en pratique, inefficace sur le plan de la santé des personnes, et amoral au regard de leurs valeurs humanistes. Cette incompréhension prend tout son sens lorsqu'on la rapporte aux attentes fortes projetées par ces dernières sur le

¹ La durée d'accueil établie est de deux mois renouvelables.

travail social, précisément investi par les infirmières dans le but de retrouver une plus grande humanité vis-à-vis des patients (voir chapitre 6).

Aussi, ce sont des temporalités différenciées du *care* qui se font jour. Celle à plus long terme des infirmières, et celle plus temporaire des travailleurs sociaux. Sacha, chargé de projet au sein du pôle santé, m'explique qu'il distingue le « *temps social et le temps médical* » pour comprendre les différences de point de vue entre les groupes professionnels, ce qui semble être une grille d'analyse efficace pour saisir les tensions entre ces acteurs. En ce sens, le temps des infirmières et le temps des travailleurs paraît désynchronisé.

Cette désynchronisation se repère également autour de l'enjeu de l'urgence médicale à agir. Pour les infirmières des établissements, les travailleurs sociaux ont tendance à vite s'alarmer :

« Généralement, l'équipe s'alarme avant moi. Parce que moi je me dis oui effectivement, ce monsieur-là il boit beaucoup, donc s'il buvait moins, il n'aurait pas ces symptômes-là, donc ce qu'il présente comme trouble c'est dû au fait qu'il boit. Bon alors est-ce qu'il faut s'alarmer et déclencher une batterie d'examens pour découvrir quelque chose ? Ou rien ? Parce que des fois même si on déclenche, qu'on fait des examens complémentaires, la cause c'est effectivement l'alcool donc il faut plutôt envisager un sevrage plutôt que d'aller chercher autre chose. Donc c'est vrai que c'est pas facile de trouver le bon moment parce qu'on a l'équipe derrière qui pousse et puis quand j'en parle avec le médecin, il est un peu comme moi, c'est-à-dire que oui, mais bon faut voir ce qu'il picole, donc faut peut-être qu'il commence par diminuer et puis ce sera mieux après. C'est ça qui n'est pas facile, c'est un peu compliqué ça.

Chloé : Et pour toi l'équipe, elle est vite dans l'urgence ?

Oui oui, elle est vite dans l'urgence, oui oui vite vite monsieur machin faut faire quelque chose, on ne peut pas le laisser comme ça et voilà, bon généralement, je suis à l'écoute quand c'est l'avis de tout le monde, de toute façon il voit le médecin, et puis moi après je me reporte à lui, voilà ».

Hélène, infirmière, 65 ans, CHRS de la SRAS

La difficulté qu'exprime Hélène à trouver « *le bon moment* », s'explique par cette désynchronisation des temporalités entre les infirmières et les travailleurs sociaux. À nouveau, le registre de l'urgence, de la rapidité à agir est renvoyée aux travailleurs sociaux. Ces derniers semblent alors développer une vision du temps proche du *Chronos*, valorisant le temps de l'action, de l'efficacité et de la rapidité (Bessin, 1998). En revanche, le temps des infirmières semble davantage se rapprocher du *Kairos* (Bessin, 1998), qui ne renvoie pas tant à une dimension objectivable du temps, mais plutôt à une logique du temps opportun, visant à trouver

le « *bon moment* », comme l'indique Hélène. Ainsi, les travailleurs sociaux semblent majoritairement se rapporter à un ethos professionnel urgentiste, prônant la rapidité de l'action, tandis que les infirmières se réfèrent davantage à un ethos attentiste, valorisant l'allongement du temps et la sélection du moment opportun. Ces rapports différenciés aux temporalités, à la source de tensions entre ces groupes professionnels, doivent être rapportés aux héritages historiques des métiers. En l'occurrence, le modèle historique et dominant de l'urgence sociale au sein du monde de l'assistance semble contribuer à inscrire les travailleurs sociaux dans cette vision urgentiste de leur travail. De plus, ces temporalités différenciées procèdent de logiques genrées sous-jacentes : le *Chronos* des travailleurs sociaux constitue aussi un héritage du bastion masculin que constituait le monde de l'assistance, alors que le *Kairos* des infirmières renvoie davantage à une socialisation féminine du rapport au temps (Bessin, 2014).

Mais qui, dans cette rencontre, parvient à imposer sa vision ? La réponse à cette question est nettement moins évidente qu'avec le monde médical. Les travailleurs sociaux sont numériquement supérieurs et ils constituent le métier le plus anciennement établi au sein du monde de l'assistance, ce qui leur confère une certaine autorité. Marie, infirmière, indique qu' : « *ici c'est l'éducatif qui a le pouvoir, tout le monde est éducatif* ». Il est d'ailleurs souvent répété des phrases telles que : « *on n'est pas dans un établissement médical, le médical reste au service du social* ». En ce sens, le travail des infirmières paraît subordonné au travail social, d'autant que comme je l'ai montré au chapitre précédent, les infirmières sont des dominées temporelles dans les centres d'hébergement.

Néanmoins, cette réalité ne dit pas tout des enjeux de pouvoir entre les travailleurs sociaux et les infirmières, car à d'autres moments, ce sont clairement les infirmières qui détiennent des positions dominantes :

« Maintenant ils ont appris à me connaître, ils savent que je suis ouverte, qu'on peut discuter, mais que si je dis non, c'est LE problème médical, et que je tape sur la table, bon bah ils se rangent effectivement à mon avis ».

Hélène, infirmière, 65 ans, CHRS de la SRAS

Hélène parvient ainsi à imposer sa lecture médicale dans les situations où elle estime que c'est indispensable. Lors d'une réunion à Virgile, j'ai directement assisté à cette autorité du pouvoir infirmier. Alors qu'il faut prévoir un accompagnement à un rendez-vous médical, Harold, chef de service, dit qu'il ne se positionne pas, car ce sera pendant la réunion de la semaine prochaine. Il demande alors à ce que le rendez-vous soit décalé. Hugo intervient, et dit être d'accord pour l'accompagner. Harold dit qu'il ne lui donne pas l'autorisation. Marie,

infirmière, renchérit et dit qu'elle, elle la donne : « *priorité aux soins* ». Harold ne répond pas, et Hugo conduira la semaine suivante l'hébergé à son rendez-vous. L'autorisation que donne Marie est intéressante, car elle vient contredire le chef de service, qui n'est pas son supérieur hiérarchique, mais qui occupe tout de même une position de pouvoir certaine dans l'établissement. Ces situations sont relativement rares, et c'est sans doute pour cela qu'elles gardent leur valeur d'autorité. En outre, les chefs de service reconnaissent parfois cette forme de pouvoir détenu par les infirmières, comme lorsque le chef de service de la SRAS lance au briefing en voyant Hélène arriver : « *tiens, voilà la patronne, on va pouvoir avancer !* ». Cette position de pouvoir qui est accordée aux infirmières se fonde principalement sur le fait qu'elles détiennent des savoirs soignants, qui constituent des « ressources rares » et inégalement réparties au sein du monde de l'assistance, comme l'analyse Vianney Schlegel (2019, p. 576). Aussi, ce milieu reste traversé par une tension historique entre la nécessité de recourir à des savoirs soignants pour accompagner au mieux la santé des hébergés, et la crainte, qui demeure toujours si prégnante, de la subordination médicale. Le pouvoir qui est accordé aux infirmières est alors délivré à la prudente condition que ces impositions restent rares.

Néanmoins, cette capacité à s'imposer n'est en rien évidente pour les infirmières. Lorsqu'elles arrivent au sein du monde de l'assistance, en tant que jeunes femmes, et généralement peu familières des fonctionnements de ce milieu, elles vivent unanimement comme une épreuve le fait de devoir s'imposer pour faire valoir leur lecture médicale des situations :

« J'ai connu des moments difficiles, surtout quand je suis arrivée. Surtout que Laurence [IDE], qui était ma tutrice partait, qui avait imposé des choses, qui était aussi une tête forte et qui avait voilà, elle avait fait sa place. Moi quand je suis arrivée, ils m'ont connu j'étais la stagiaire, il a fallu que je fasse ma place. Et au départ c'était difficile de... par exemple en réunion de lundi, de parler de santé. Du moins, quand moi j'ai pris le relais en fait, c'était difficile pour moi de dire : voilà ce monsieur-là il faut ça, il faut l'emmener à tout prix, tu vois ? "*Oh non il est capable d'y aller tout seul*". Non, là il n'est pas capable, il faut vraiment l'emmener, c'est difficile pour lui d'aller à cette consultation ! ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Aussi, la légitimité des infirmières est loin d'être immédiatement acquise. Marie, comme les autres infirmières, a ainsi dû « faire ses débuts » (Goffman, 1968 [1961], p. 202), devant non seulement se familiariser aux codes de cet univers symbolique humaniste (Parizot, 2003), mais aussi habilement parvenir à imposer son point de vue sans déclencher un conflit

dans lequel elle risquerait de se retrouver isolée. De surcroît, ces rapports de pouvoir ne sont pas que le reflet de logiques professionnelles, mais s'inscrivent également dans des rapports sociaux d'âge et de genre :

« Mais bon, je reviens à ça, mais quand tu es la seule représentante de cette partie-là [le médical], c'est pas évident quand en face tu as 15 animateurs qui sont là du social, ça fait 15 ans qu'ils sont là, c'est pas toujours évident ».

Anne, infirmière, 30 ans, CHRS de la SRAS

La capacité d'imposer un point de vue différent face à un groupe professionnel nettement plus nombreux, majoritairement composé d'hommes plus âgés et largement expérimentés, ne va pas de soi. Les oppositions entre les travailleurs sociaux et les infirmières doivent donc aussi être comprises à cette lumière, en tenant compte du fait que ces rapports de pouvoir sont aussi des rapports sociaux de genre et d'âge.

2. *La délégation du travail émotionnel*

Le cas particulier de la délégation du travail émotionnel au sein du monde de l'assistance va permettre de poursuivre plus largement cet enjeu des rapports de pouvoir entre les travailleurs sociaux et les infirmières. Le travail émotionnel, conceptualisé par Arlie Hochschild, permet d'appréhender la gestion des émotions comme étant une compétence au cœur de certains métiers (Hochschild, 2017 [1983]). Le travail émotionnel ne se limite donc pas à l'expression de sentiments empathiques, mais constitue bien une posture professionnelle impliquant une « compétence spécifique qui permet aux interactions de se maintenir et de se dérouler correctement dans un contexte très chargé émotionnellement » indique Michel Castra (2013, p. 131). Stéphanie Boujut analyse combien la gestion des émotions constitue une compétence professionnelle spécifique des travailleurs sociaux (Boujut, 2005). Gérer les émotions est une « modalité pratique » de l'exercice du métier qui s'appuie sur différents outils du travail social, comme l'écoute ou le recours à la distance professionnelle (Boujut, 2005, p. 143). On retrouve ces pratiques au sein du monde de l'assistance, où le travail émotionnel est quotidien :

Nous sommes au bureau du centre d'hébergement pour femmes avec Adelaïde [DUT carrières sociales] et Justine [ND]. Fatima, une hébergée, entre et commence à pleurer debout. Justine lui propose de s'asseoir. Fatima dit qu'elle n'en peut plus. Justine lui demande si c'est la cohabitation, elle dit que non ; pour ça elle est adaptée. Mais elle dit qu'elle n'en peut plus, qu'elle a envie de crier, qu'elle pense à trop de choses, que sa tête ne s'arrête pas et qu'elle ne se repose pas. Elle évoque sa mère, qui lui manque beaucoup et qui est malade. Elle vit en Algérie et se sent coupable de ne pas être auprès

d'elle. Elle explique aussi qu'être maman est pour elle vraiment difficile, qu'elle a l'impression de ne pas y arriver. Les deux éducatrices laissent de longues pauses et la laissent parler sans intervenir.

Extrait des notes d'observation, lundi 27 mai 2019

Cette situation rejoint les analyses concernant la gestion des émotions étudiée par Stéphanie Boujut, marquée par l'écoute – matérialisée notamment par l'invitation à s'asseoir – et par une forme de distance professionnelle, puisque les deux éducatrices ne répondent pas à l'émotion de Fatima par un registre émotionnel (Boujut, 2005). Par le silence, elles viennent replacer l'expression de ces émotions dans un cadre professionnel. Si cette posture de distance constitue une ressource du travail pour les professionnels sociaux, cette manière distanciée de gérer les émotions est parfois involontaire, renvoyant avant tout à leur difficulté à trouver les mots dans ces situations. Vanessa, m'expliquant une situation difficile, me dit ainsi : « *moi qui suis une pipelette, je ne savais pas quoi répondre* ». Ainsi, face à ces situations émotionnelles, les travailleurs sociaux sont souvent confrontés à un sentiment d'impuissance¹. Certains travailleurs sociaux résolvent cette impuissance en rompant au contraire la distance professionnelle – et physique – tacite entre hébergés et professionnels. Toucher le bras, le dos, sont ainsi des gestes qui se voient légitimés dans ces contextes émotionnels. Rompre la distance professionnelle constitue parfois paradoxalement une manière de préserver la professionnalité, parce qu'il serait inacceptable de ne rien faire ou de ne rien dire dans ce contexte de travail singulier.

Le plus souvent néanmoins, la réponse apportée face à ces émotions consiste à déléguer ce récit à d'autres professionnels. Aussi, suite à plusieurs longs moments de silence, Fatima se voit conseillée d'aller échanger avec l'infirmière de l'EMPP. Cette délégation se retrouve également dans l'extrait d'entretien suivant, où l'éducateur m'explique que l'hébergé a commencé à aborder avec lui des maltraitances infantiles dont il a été victime :

« Il a besoin de parler, moi je lui ai dit j'ai pas les mots pour ça, c'est pas mon métier, alors je peux t'écouter, c'est mon travail de t'écouter, mais je ne vais pas t'apporter de solution parce que je vais pas savoir. Donc mon travail à moi c'est de passer le relais, c'est ce que je lui ai expliqué [...]. Parce que là il commençait à pleurer et tout, je fais on va s'arrêter là, c'est pas la peine de chercher les traumatismes d'enfance pour voilà... et je suis pas médecin ».

¹ C'est souvent lorsque les entretiens individualisés impliquaient un travail émotionnel que ma présence n'a pas été souhaitée. Parce que ce travail les expose, ces derniers ont souvent souhaité ne pas être mis sous le regard de la sociologue durant ces moments.

Renaud, à l'image de nombreux travailleurs sociaux du monde de l'assistance, considère que si son travail consiste bien à écouter, certains récits ne relèvent pas de son métier. Cette manière de concevoir l'écoute peut paraître surprenante, car les travailleurs sociaux sont généralement présumés aptes à recevoir la parole. À l'étude, il apparaît cependant que si l'écoute constitue bien une compétence des travailleurs sociaux (Boujut, 2005), les différents types de récits sont divisés entre différents professionnels. En l'occurrence, les récits traumatiques sont renvoyés à des professionnels estimés plus compétents que sont les infirmières, les psychologues ou encore les médecins. C'est également ce que constate Élise Lemerrier dans son enquête auprès des jeunes filles délinquantes étiquetées comme se prostituant par les travailleurs sociaux (Lemerrier, 2017). Cet intolérable pour les éducateurs est occulté dans leur travail éducatif avec les jeunes filles, et renvoyé vers le milieu sanitaire (Lemerrier, 2017). De la même manière au sein du monde de l'assistance, les récits de maltraitance sont mis à distance par les travailleurs sociaux et délégués aux soignants.

Parfois également, les récits liés aux trajectoires migratoires suivent la même logique. C'est le cas un matin à Virgile, alors que je suis à l'infirmerie avec Marie. Charlotte, éducatrice spécialisée, vient nous voir pour un hébergé qui vient d'arriver, et demande à Marie si elle peut le recevoir : « *c'est un monsieur qui n'est pas bien, il est arrivé il y a peu de temps en France. Tu sais comment je suis, il me fait de la peine* ». Marie lui demande s'il faut qu'il reste en journée. Charlotte répond que oui, mais que parler lui fera déjà du bien. Marie le reçoit alors et après quelques échanges sur sa santé, le jeune homme parle de son frère qui l'a mis dehors à Paris. Il parle ensuite de sa vie dans son pays d'origine, où sa mère y vit handicapée, et son père est décédé. À l'image de cette situation, lorsque des hébergés ayant connu des trajectoires migratoires commencent à aborder des éléments traumatiques liés à leur parcours, ces récits font souvent l'objet d'un renvoi vers les professionnels du soin. Aussi, c'est une division géographique et temporelle des récits qui apparaît ici : le passé et le lointain semblent occultés par les travailleurs sociaux au profit du présent et du proche. Cela renvoie aux analyses d'Abdelmalek Sayad, analysant la tendance à la non-reconnaissance du passé des immigrés, passant alors sous silence ce qu'il en est de la vie de la personne avant son arrivée en France (Sayad, 1999). La personne est en quelque sorte dépossédée de son passé et de son origine géographique au profit de la personne qu'elle est ici et maintenant.

Outre les récits des trajectoires migratoires, ce sont de manière générale les récits qui concernent les périodes passées, antérieures à leur prise en charge au sein du monde de

l'assistance, qui font l'objet d'un renvoi vers les professionnels du soin. Une éducatrice évoque « *l'enfance* » ou encore « *les parcours de délinquance*¹ » pour m'expliquer les récits qui dépassent à son sens son champ d'action, et qu'elle délègue à des professionnels soignants. À nouveau, l'enjeu des temporalités semble éclairer les rapports différenciés au travail entre les travailleurs sociaux et les soignants. Ce ne sont pas seulement les enjeux de l'urgence qui définissent le rapport à l'action des travailleurs sociaux, c'est aussi tout ce qui concerne le présent. À l'ethos urgentiste se combine un ethos présentiste des professionnels sociaux, faisant du présent le cœur légitime de leur travail. Les infirmières, dont on a vu qu'elles s'inscrivaient davantage dans des temporalités au long cours, sont également érigées comme les destinataires du passé des hébergés.

En ce sens, bien que les travailleurs sociaux soient socialisés au travail émotionnel, il apparaît que l'exercice du métier dans un contexte pluriprofessionnel donne l'occasion d'en déléguer une partie, ce que décrit ainsi Marie :

« Et peut-être, rien à voir, mais en fait des fois ce qui m'énerve, c'est qu'en fait le gars il dit oui, je vais pas bien : "*ah bah va voir l'infirmière*". Si ça se trouve le gars, il va pas bien, c'est pas forcément au niveau de la santé, et en fait on me le renvoie. Et du coup le gars il arrive ; "*je vais pas bien*". Oui, mais encore ? ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Marie expose ici son ressenti du fait que les situations émotionnelles ont tendance à lui être déléguées alors qu'elles ne concernent pas nécessairement des questions proprement sanitaires. Comme l'indique Everett Hughes, le métier ne renvoie pas uniquement à des tâches professionnelles, mais aussi à un rôle social, fondé sur des représentations socialement construites de celui-ci (Hughes, 1996). La douceur et l'écoute présumées des infirmières les assignent ainsi fortement au travail émotionnel, alors même qu'à l'observation, elles ne sont pas plus armées que les travailleurs sociaux pour y faire face :

Nous sommes à l'infirmerie du CHRS des Peupliers. Un homme rentre et Mélanie [IDE] lui donne ses traitements pour la semaine. Elle lui demande comment il va. "*Ça va...* " répond-il d'un air triste. Elle le questionne sur ses enfants, pour savoir comment ils vont. Sans répondre, le monsieur lui renvoie la question et dit : "*et vous avec le grand gaillard et vos enfants ?*" Mélanie lui dit que oui, son mari est très grand, et que tout le monde va bien. L'homme parle ensuite de lui, il dit qu'il n'a pas de nouvelles de sa femme depuis un moment, il dit que dès qu'il l'a au téléphone, elle pleure. Il dit qu'elle est au

¹ Extrait d'entretien avec Alicia, éducatrice technique spécialisée, 34 ans, CHRS Les Rivières.

pire endroit qu'elle pourrait être et ne sait même pas si ses enfants sont en vie. Il dit à sa femme que si leurs enfants sont morts, il faut le lui dire, mais qu'elle ne dit rien. Il y a un silence plombant dans l'infirmierie. Maladroitement, Mélanie finit par lui demander si ses enfants vont bien. L'homme répond qu'il n'en sait rien. En retenant ses larmes, il dit que c'est très dur. Mélanie dit que oui c'est très lourd et qu'elle n'a pas les mots. Elle dit qu'il faut penser au positif, et lui demande s'il pense à la possibilité de retrouver sa femme et ses enfants. Il dit que si c'est ça, il va vendre sa peau, car il est recherché dans son pays. Il dit qu'en plus maintenant il a des médicaments, donc il ne peut pas y retourner. Mélanie lui demande si les démarches administratives avancent. Il répond "*un peu*". Elle le questionne sur son travail de gardien. Il répond doucement que ça se passe bien. D'un bond, Mélanie se lève et dit alors "*bon ! on va prendre la tension*". Elle procède à la prise des constantes : tension, poids, etc.

Extrait des notes d'observation, mardi 30 avril 2019

À l'instar des travailleurs sociaux, Mélanie est profondément mal à l'aise dans cette situation, dans laquelle elle peine à trouver des mots adaptés. Contrairement aux travailleurs sociaux, elle peut néanmoins proposer de faire quelque chose de concret suite à ce récit. Prendre les constantes apparaît ainsi comme une manière de pallier l'impuissance et d'apporter une forme de considération face à la réception de ce récit émotionnel.

Outre la délégation des récits difficiles aux infirmières, cette division du travail émotionnel se retrouve également dans l'affectation des soignantes à certaines tâches liées à la mort des hébergés. Suite au décès d'un hébergé de la SRAS, Robin dit qu'il appréhende le moment où il va falloir apprendre la nouvelle aux hébergés. Il dit qu'il faut absolument qu'il y ait un professionnel de santé qui fasse l'annonce parce qu'*« on n'arrivera pas à expliquer les choses »*. Face à ce désarroi partagé des travailleurs sociaux, il est rapidement acté que ce sera l'infirmière de l'établissement qui fera l'annonce. Il est également proposé de demander à une infirmière de l'EMPP qui intervient toutes les semaines à la SRAS de l'accompagner, ce qui sera acté. Ce ne sont pas seulement les connaissances des termes médicaux relatifs au décès de l'hébergé qui fondent la délégation de cette tâche, c'est aussi la délégation d'une activité émotionnelle particulièrement éprouvante.

Le travail émotionnel fait donc l'objet d'une délégation de ses aspects les plus éprouvants vers les infirmières. En ce sens, elles sont particulièrement exposées au travail émotionnel au sein du monde de l'assistance, ce qui redouble la fragilité de leur position dans cet espace professionnel. Sur le terrain, j'ai vu plusieurs fois des infirmières pleurer, bien plus fréquemment que les travailleurs sociaux. Si j'envisageais au départ cette observation comme pouvant être le reflet de socialisations professionnelles différenciées – et notamment une plus

forte socialisation des travailleurs sociaux à la distance professionnelle –, il semble que ces fortes émotions des infirmières peuvent aussi être comprises par leur surexposition à l'écoute des situations les plus éprouvantes.

Pour autant, les travailleurs sociaux ne sont pas exempts de tout travail émotionnel. Quotidiennement confrontés « à la précarité de la vie » (Sahraoui, 2018, p. 34), ils font également face à des situations émotionnelles intenses. D'une autre manière que les infirmières, ils sont confrontés à la gestion de la mort des hébergés (Eliçabe et al., 2013) :

« Quand tu ouvres une porte et que tu trouves un gars qui est mort, que tu côtoies depuis deux ou trois ans ou plus, ça fait bizarre, surtout de voir les conditions... Quand c'est une cirrhose qui explose là... [fait un bruit de dégoût]. J'en deviens malade. C'est peut-être ça aussi qui rajoute, j'ai fait un burn-out peut-être aussi pour ces images un peu dures ».

Habib, travailleur social non diplômé, 50 ans, CHRS de la SRAS

Le travail émotionnel ne se résume pas à recevoir la parole, mais implique bien d'autres activités peu visibles, largement éprouvantes (Sahraoui, 2018). La découverte de la mort, qui n'est pas si rare pour les travailleurs sociaux du monde de l'assistance, les expose tout particulièrement à la dureté et la brutalité de la fin de vie. Ces images choquantes sont à la source de souffrances au travail, comme l'indique Habib.

En outre, à l'exposition de la brutalité de la mort, se rajoute à la suite du décès un ensemble de tâches revenant aux travailleurs sociaux particulièrement éprouvantes. Les travaux récents sur le sans-abrisme ont montré combien la gestion de la fin de vie constituait une épreuve pour les professionnels du monde de l'assistance, mais il a peu été souligné que le travail qui suit la mort est lui aussi particulièrement difficile (Coulomb, 2018 ; Uribelarrea, 2020). Pourtant, Michel Castra le précise bien : « si la trajectoire du patient s'achève avec son décès, le travail du personnel n'est pas terminé, mais entre plutôt dans une nouvelle phase caractérisée par de nouvelles séquences de tâches » (Castra, 2003, p. 324). Aussi, immédiatement après la survenue de la mort, il convient de gérer et de protéger les autres hébergés. Des mesures de précaution sont alors appliquées pour faire sortir le corps de l'établissement le plus discrètement possible (Castra, 2003). Tout est fait par les professionnels pour atténuer la confrontation directe des autres hébergés à la mort. En outre, même si l'annonce aux hébergés est souvent déléguée aux soignants, il revient à l'ensemble des professionnels sociaux de parler avec les accueillis de la mort survenue, d'en réexpliquer ses circonstances et

de faire face à la tristesse, mais aussi à la colère que les hébergés peuvent renvoyer, accusant parfois les professionnels de n'avoir rien fait pour l'éviter.

J'ai également observé les professionnels sociaux s'astreindre à prévenir la famille du défunt, ce qui est loin d'être une tâche aisée lorsqu'il s'agit de personnes isolées sur le plan familial. Laureline, stagiaire à la SRAS, réalise ainsi des recherches approfondies sur les réseaux sociaux pour trouver des personnes à prévenir du décès évoqué plus haut, tout en espérant ne trouver personne pour ne pas avoir à annoncer la mauvaise nouvelle. Lorsque j'étais stagiaire en pension de famille, nous avons également dû choisir les vêtements d'une défunte. Je garde un souvenir éprouvant de cette tâche, renvoyant à des contradictions importantes. Il me semblait que ce n'était pas à nous, travailleurs sociaux, de procéder à un choix si intime. Dans le même temps, l'isolement social de cette femme ne permettait pas d'autres issues. L'option la plus digne était au final de choisir ses vêtements, puis de se rendre à l'inhumation pour aller au bout de l'accompagnement mené avec cette femme. Aussi, déclarer le décès ou encore se rendre à l'inhumation, parfois seul, peut constituer l'étape ultime de ce travail émotionnel pour les travailleurs sociaux :

« Quelque part le résident, on est quoi, on est leur éducateur référent, leur frère, leur sœur, leur meilleur ami, leur révérend, puisqu'on reprend toujours le lapsus : "*c'est mon révérend*". Et quelque part voilà, moi quand j'ai vu Habib partir à la mairie pour déclarer le décès, parce qu'il était référent, j'ai dit mais attends tu vas où là ? Je veux dire, il ne faut pas que tu y ailles seul. Lynda un jour m'a dit, j'allais tout seul au crématorium pour un résident qui était décédé, il avait de la famille, mais on ne savait pas trop s'ils allaient venir ou pas, Lynda elle me dit, mais n'y va pas seul, je viens avec toi, elle y est allée sur son temps perso, parce que quelque part il y avait... mais moi j'y pensais pas, parce que j'étais dans l'action, quand on est dans l'action on ne pense pas à demander de l'aide ».

Robin, travailleur social non diplômé, 44 ans, CHRS de la SRAS

Cet extrait d'entretien montre bien les attachements des professionnels aux hébergés qu'ils accompagnent. Les situations de décès et ce qu'elles occasionnent viennent révéler la porosité des rôles que les travailleurs sociaux occupent auprès des hébergés, se rapprochant parfois d'un rôle familial ou amical. À cette complexité d'identifier sa place et son rôle dans cette situation, se rajoutent l'invisibilité et l'isolement de ce travail *post-mortem*. Cela rejoint au fond l'idée que le travail émotionnel n'est pas seulement éprouvant pour ce qu'il est, mais aussi en raison de son manque de visibilité et de reconnaissance (Sahraoui, 2018). C'est en effet ce qu'avance Robin, en soulignant la solitude du référent dans ce travail.

Mais si ce travail *post-mortem* est souvent décrit comme solitaire, le collectif professionnel n'en reste pas moins soutenant. Comme l'indique Michel Castra, l'équipe constitue un « refuge émotionnel » important, comme en témoigne le fait que Lynda accompagne Robin au crématorium par exemple (Castra, 2003). En effet, « tout collectif, tout groupe social s'efforce de neutraliser la mort, d'en faire un événement supportable et gérable pour les survivants » (Castra, 2015, p. 13). J'ai en cela pu constater des organisations professionnelles variées pour gérer la mort, comme le fait que les travailleurs sociaux affichent des photos du défunt dans l'établissement, allument une bougie à sa mémoire, ou encore se remémorent les souvenirs joyeux partagés avec la personne. Il s'agit alors de souligner, de « célébrer » la singularité du défunt (Castra, 2003). Invariablement, la chambre de la personne disparue est également laissée vide quelque temps, ce qui permet de marquer, comme dans les services de soins palliatifs, une transition nécessaire pour les professionnels comme pour les hébergés (Castra, 2003). Ces pratiques peuvent être analysées comme des formes collectives de deuil institutionnel. À la SRAS, où les décès des hébergés sont les plus fréquents, les professionnels se sont même organisés pour savoir si chacun souhaitait ou non en être prévenu s'ils surviennent en dehors du temps de travail, ce à quoi la majorité a exprimé souhaiter être mise au courant. Ce rapport à la mort montre alors combien les frontières entre l'engagement professionnel et personnel au sein du monde de l'assistance sont poreuses.

3. Des divisions parmi les travailleuses et travailleurs sociaux

Pour clôturer ce chapitre, il va s'agir de regarder ce qu'il en est des divisions horizontales, au sein d'un même métier (Avril, Serre, Cartier, 2010). L'accès aux informations médicales, qui constitue un enjeu traversant de ce chapitre, permet de constater des distinctions au sein même du groupe professionnel des travailleurs sociaux. La détention d'un diplôme et *a fortiori* celui d'assistant de service social – détenant la plus grande assise historique – permet en effet un accès facilité aux informations médicales :

« Après je sais pas pourquoi, mais le fait que je dise que je suis assistante sociale au téléphone par exemple, j'ai plus facilement les infos que les collègues qui disent animateur social. Voilà, peut être que... enfin animateur social, moi je n'aime pas trop cette dénomination-là même pour les collègues, parce que je trouve que ça fait un peu terme générique, un peu fourre-tout ».

Marine, assistante de service social, 28 ans, CHRS de la SRAS

Il existe ainsi des différenciations d'accès aux informations médicales selon le diplôme des travailleurs sociaux et la légitimité qui leur est accordée socialement. Bien qu'elles ne soient

pas des travailleuses sociales, il faut préciser que les auxiliaires de vie sont particulièrement tenues à distance des informations médicales. Alors qu'elles sont quotidiennement au contact direct des hébergés, elles accèdent nettement moins à ces informations que les travailleurs sociaux. Ainsi, la circulation des informations médicales agit comme un rappel à l'ordre des hiérarchies au sein de cet espace professionnel qui se donne pourtant à voir à travers le décloisonnement et le partage des activités liées au soin.

En outre, si tous les travailleurs sociaux sont confrontés à la nécessité de réaliser des tâches liées aux soins, tous ne s'investissent pas de la même manière dans ces activités. En entretien, Jean-François me fait part du fait qu'il déprécie ces activités, et qu'il les délègue dès qu'il le peut :

« Très franchement quand je peux éviter, je vais éviter volontiers. J'ai travaillé longtemps avec Christophe [ND] en binôme, et c'est épatant, parce que quand il y avait un truc comme ça ou quand il y avait un mec rempli de merde, et bah lui ça lui faisait rien, donc je disais Christophe tu t'occupes du mec, et moi je m'occupe de tout le reste, et voilà on faisait comme ça ».

Jean-François, travailleur social non diplômé, 58 ans, Virgile

Aussi, le travail autour de l'hygiène n'est pas appréhendé de la même manière par tous les travailleurs sociaux. Considéré comme du sale boulot par Jean-François, Christophe apprécie quant à lui ces activités de *care*. Ainsi, bien que le travail d'hygiène fasse l'objet d'une délégation dans l'histoire, certains professionnels s'investissent aujourd'hui dans ce travail et parviennent à y trouver des sources de satisfaction professionnelle. Certains professionnels non diplômés, comme Christophe, ont en effet tendance à valoriser cet aspect de leur travail, ce qui leur permet de se spécialiser sur des compétences particulièrement utiles au sein du monde de l'assistance, à défaut de pouvoir faire valoir des connaissances issues d'une formation diplômante du travail social. Comme l'indiquent Bertrand Ravon et Jacques Ion au sujet des travailleurs sociaux, « plutôt que de courir des diplômes aux avantages douteux, certains préfèrent acquérir une spécialisation technique poussée » (Ion, Ravon, 2000, p. 73). La prise en charge de l'hygiène a bien été déléguée aux femmes dans l'histoire de l'association, mais dans ce contexte contemporain où les femmes sont largement plus diplômées que les hommes, ces derniers réinvestissent pour certains ce travail autour du *care* comme une manière de se spécialiser dans le travail. Ces hommes non diplômés qui s'investissent dans ce travail de soin – et qui sont collectivement reconnus pour celui-ci – sont souvent décrits comme les professionnels qui ont « *la fibre* », comme je l'ai dit d'Hugo au chapitre 5. Moindrement diplômés que les femmes, il apparaît que l'acquisition de connaissances et de savoir-faire

sanitaires participe alors à légitimer le travail de ces hommes non diplômés en réactualisant dans leurs pratiques le credo socio-sanitaire construit par les bâtisseurs. Il reste que tous les professionnels non diplômés ne valorisent pas ce travail de *care*, comme Jean-François, qui exprime éviter de s'en soucier dès qu'il le peut.

Au contraire, les professionnels diplômés ont davantage tendance à exprimer leur défection face à ce type d'activité. La capacité à valoriser ou non ce travail de *care* a partie liée à des enjeux tenant au diplôme, mais aussi à la trajectoire sociale des professionnels. En effet, les professionnels dont la mère a occupé un métier typiquement consacré au travail de *care* semblent particulièrement enclins à réprover ce type de pratiques. C'est le cas de Morgane, dont la mère est aide-soignante, d'Axelle, dont la mère était agente territoriale spécialisée des écoles maternelles (ATSEM) et agente d'entretien, ou encore de Gabin, dont la mère est AMP. Ces trois professionnels se montrent particulièrement frileux par rapport à ce type de pratiques, affirmant détester cela. Alors qu'ils sont tous les trois diplômés du travail social, ils ont connu une mobilité sociale ascendante. On peut alors supposer que ces tâches de *care* sont peu valorisables pour eux, en ce qu'elles constituent des marqueurs d'une position sociale de laquelle ils se sont extraits. Ces trois éducateurs spécialisés investissent en revanche d'autres compétences spécifiques, notamment par rapport aux droits des étrangers, qui s'avèrent plus valorisantes dans leur trajectoire sociale.

Face à une même activité, les travailleurs sociaux se positionnent donc différemment : assignation à un sale boulot pour certains, ce travail est pour d'autres la marque d'une spécialisation et d'une expertise de travail précieuse et reconnue par les pairs. Pour poursuivre l'analyse sur ce point, il s'avère également que dans la confrontation directe à ce travail d'hygiène, les pratiques des professionnels diffèrent :

« Dans le même genre, hier, la dame des soins à domicile qui vient me voir pour Alphonse, pour me dire qu'il a une infection urinaire. Sauf qu'elle te le dit pas comme ça, elle dit dans le détail, sauf que toi tu te dis ah ça veut dire quoi ? Ça veut dire que la prochaine fois que je vais prendre la douche avec lui il va falloir que je fasse aussi ce geste-là ? En fait, elle expliquait qu'il fallait bien décalotter son pénis pour le nettoyer et tout. Et là j'étais là, non non non je ne veux pas faire ça !

Chloé : Et au final, tu vas devoir le faire ?

Non non non non non non non non, au final elle m'a dit ça, j'ai dit au secours, j'ai appelé Marie [IDE], Marie est venue et en fait elles se sont mises d'accord pour un protocole et donc en fait tous les matins il va avoir une douche avec

un savon spécial [...], mais non non je ne fais pas. Je ne ferai pas le décalottage, faut pas abuser ».

Lola, éducatrice spécialisée, 28 ans, Virgile

La seule réalisation d'une douche ne dit pas tout de son contenu. Lola, éducatrice spécialisée, établit une limite à son intervention en refusant de décalotter le pénis de l'hébergé, tandis que les professionnels des soins à domicile ne semblent pas envisager cette pratique comme une limite de leur travail. Aussi, le degré de toucher des corps semble varier en fonction du diplôme, de l'âge et de l'expérience des professionnels. À l'inverse de Lola, Martine explique que lorsqu'elle faisait prendre des bains aux hébergés, elle entretenait un degré de proximité et de toucher très important :

« Bernard : Et combien de fois Martine, quand le mec était dans le bain elle rasait la barbe, elle coupait les ongles des pieds... [...].

Martine : On mettait de plein de mousse, alors je leur disais : "*bon monsieur a pris l'option la plus chère, donc massage de dos !*", le mec disait : "*oh oh oh*" [ton marquant la détente]. Il s'endormait, on parlait et puis on tenait la tête du mec comme ça pour qu'il profite un maximum, pour pas qu'il se noie ».

Martine, monitrice-éducatrice, 59 ans et Bernard, moniteur-éducateur, 56 ans, Le Relais

Si je n'ai pu le vérifier par les observations, la description des pratiques de Martine évoque une forte proximité aux corps des hébergés. En revanche, il semble qu'à mesure que les diplômes sont élevés, et que l'entrée dans le monde de l'assistance est récente, le contact aux corps des hébergés se teinte d'une distance. J'ai ainsi souvent vu les jeunes professionnels diplômés du travail social s'armer de gants avant d'aller faire des douches, alors que les plus anciens et les moins diplômés en mettent nettement moins. En ce sens, Lynda et les auxiliaires de vie à la SRAS ne mettent que très rarement des gants, alors même qu'elles sont paradoxalement les plus proches physiquement des corps des hébergés. Le port ou non de gants peut ainsi agir comme un révélateur du degré de proximité aux corps : les professionnels qui y recourent marquent par cet usage une volonté de se préserver, tout autant physiquement que symboliquement, de cette proximité qui contrarie la distance professionnelle à laquelle ils sont socialisés par leurs diplômes récemment obtenus.

De ce point de vue, le diplôme, l'âge et l'expérience professionnelle constituent des cadrages éclairants des cloisonnements internes au groupe professionnel des travailleurs sociaux qui jalonnent le travail de soin. Les pratiques tenant à la distribution des médicaments permettent d'approfondir cette réflexion sur la division du travail de soin en y remobilisant

l'enjeu du genre. Certains professionnels vont scrupuleusement procéder à la distribution des traitements, en passant dans les chambres pour distribuer les comprimés, d'autres vont s'en tenir uniquement à donner les traitements aux hébergés venant les leur demander et certains, enfin, ne pensent pas à les distribuer. Ces différentes positions ne sont pas distribuées au hasard dans l'espace professionnel. Tout particulièrement à la SRAS, la distribution des traitements s'inscrit dans une division genrée du travail de *care*. En effet, en l'absence de l'infirmière, ce sont très généralement les femmes qui pensent à distribuer les traitements, et qui donc s'y attèlent. Cette délégation s'opère le plus souvent de manière silencieuse, par des oublis répétés. Ce ne sont d'ailleurs pas que les femmes travailleuses sociales qui s'inscrivent dans cette disposition d'anticipation, mais aussi d'autres catégories professionnelles : la cuisinière de la SRAS rappelle ainsi régulièrement aux professionnels masculins de ne pas oublier de distribuer les traitements. Bien sûr, les hommes aussi distribuent les traitements, mais lorsque les femmes sont présentes dans l'équipe, c'est davantage sur elles que repose le fait de penser à les distribuer. Ainsi, ce n'est pas seulement l'enjeu de la distribution qui fait l'objet d'une différenciation, mais aussi celui de la planification de cette tâche. Cette réflexion s'inscrit dans les analyses de Marc Bessin concernant la division sexuée du travail de *care*, indiquant que « les temporalités sont au principe du genre » (Bessin, 2014). En effet, le travail de *care* s'inscrit dans des temporalités genrées, essentialisant les dispositions d'« anticipation » et de « responsabilité » comme des dispositions féminines (Bessin, 2014).

Outre la distribution des traitements, c'est tout un ensemble de tâches planificatrices du temps qui reviennent tout particulièrement aux femmes concernant le travail de *care*. Au briefing de la SRAS, il est annoncé que Jean-Jacques a un rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP) aujourd'hui, qui semble difficile à honorer. Arnaud, chef de service, pense qu'il faut le reporter. Ce n'est pas possible selon Lynda, car cela fait déjà deux fois que ce rendez-vous est décalé avec le psychiatre. Arnaud dit qu'il est stabilisé au niveau de son traitement, et qu'il n'est pas possible de faire autrement. Il est alors question de le déposer, d'y aller en taxi... Lynda dit que pour elle, il faut l'accompagner et voir le psychiatre avec lui. Elle propose alors de décaler le rendez-vous d'un autre hébergé pour maintenir celui-ci. Dans cette situation comme dans de nombreuses autres, c'est Lynda qui défend la nécessité de maintenir le rendez-vous médical, et qui trouve des solutions de planification du temps pour mener à bien cette tâche. C'est aussi elle qui rappelle les rendez-vous manqués de Jean-Jacques, montrant par là une mémorisation importante. Lynda allie alors la considération du besoin de soin à un travail temporel tenant compte du passé et planifiant l'avenir. Outre Lynda, c'est également

tout le travail des infirmières qui peut être rapproché de cette logique genrée de la temporalisation du soin aux hébergés, en étant responsables de la vigilance des renouvellements des traitements, ou encore de la planification des rendez-vous. Aussi, le travail de *care* repose sur une division temporelle et genrée des activités de soin, cette double logique prédisposant les femmes au travail de *care* qui s'inscrit dans la durée et dans l'« épaisseur du temps¹ », tenant ensemble la « mémoire du passé et la responsabilité face à l'avenir² ».

À l'inverse, il apparaît que les hommes exerçant en centres d'hébergement font davantage valoir leurs capacités de gestion de l'urgence. Dans les situations où la rapidité d'intervention est de mise, il s'opère souvent une forme de désignation immédiate et évidente des hommes. C'est le cas un soir, alors que nous sommes dans le hall de Virgile. Gaëtan arrive affolé et demande de l'aide car Patrick est tombé dans les escaliers. Hugo et Pape se précipitent à la suite de Gaëtan. Après les avoir suivis, nous découvrons Patrick étendu au sol dans la cage d'escalier. Hugo vérifie immédiatement qu'il respire, lui tape légèrement dans le dos et l'appelle pour qu'il réagisse. Patrick gémit doucement, puis Hugo regarde sous sa tête, et constate qu'il n'y a pas de sang. Hugo va alors chercher le téléphone et contacte les urgences. Pape est allé chercher le dossier de Patrick pour indiquer sa date de naissance aux pompiers, sachant que cela allait lui être demandé. Gaëtan me demande d'aller chercher une couverture, ce à quoi je m'exécute. Dans le hall, il ne reste alors que Charlotte et Zoé, stagiaire ME. Je retourne ensuite auprès de Charlotte, qui distribue les médicaments. Hugo vient nous voir, et prend en vitesse et avec des gestes assurés l'ordonnance de Patrick dans le classeur, sur le chariot des médicaments, pour la photocopier pour les pompiers. Il revient nous voir quelques minutes après, tend la feuille à Charlotte en lui demandant de la ranger, et repart en trombe. Charlotte me dit qu'elle ne sait pas comment ranger cette ordonnance, alors qu'Hugo l'a trouvée en quelques secondes. Alors que des femmes sont présentes dans cette situation, ce sont bien les hommes qui se chargent de ce travail dans l'urgence. Hugo, Gaëtan et Pape savent très exactement quoi faire, sans même avoir besoin de se parler. Loin d'être des dispositions naturelles à la gestion de l'urgence pour les hommes et à l'anticipation du temps pour les femmes, ce sont avant tout des rapports socialement construits au temps et au *care* qui se repèrent ici.

¹ Bessin Marc, 9 novembre 2010, « La présence sociale auprès des personnes en difficulté, enjeux temporels et sexués », conférence au colloque Parcours de vie et intervention sociale : l'impensé du genre. Journée de l'École supérieure du travail social.

² *Ibid.*

Sans que ces situations d'urgence ne soient banalisées, elles font partie du travail au sein du monde de l'assistance. Comme l'indique Florence Osty au sujet des aides-soignantes : « Apprendre à effectuer certains gestes de premier niveau de secours devient une protection face à des situations imprévues » (Osty, 2003, p. 189). En effet, apprendre à gérer ces situations le moins mal possible constitue une nécessité professionnelle. Pour autant, malgré les difficultés physiques et émotionnelles de ces situations d'urgence, ces pratiques font en réalité souvent l'objet d'une valorisation professionnelle, particulièrement pour les hommes (Denise, 2018) :

« Oui c'est arrivé.... crise d'épilepsie, je suis assez, moi j'aime bien même ça, t'es au service de la personne. Tu y vas. Alors il y a des choses que j'aime moins et qui me sont arrivées, quand on regarde le trou de balle d'un gars, parce que personne ne veut y aller et que tu regardes son derrière et que t'as un furoncle que tu vois s'éclater à deux mètres de toi, et que tu l'emmènes après... c'est drôle ».

Hugues, éducateur spécialisé, 57 ans, CHRS des Rivières

Hugues explique apprécier ces moments où il gère des situations délicates, comme les crises d'épilepsie. Tournés directement vers l'intérêt de la personne et impliquant des gestes d'actions – « *tu y vas* » –, ces moments peuvent faire l'objet d'un travail valorisant. Ainsi, les hommes sont loin d'être exempts de toute participation au travail de *care*, mais il semble qu'ils participent à un registre de tâches différent de celui des femmes. Si les hommes – et plus encore les non-diplômés – s'investissent dans ce travail de *care* comme je l'ai montré plus haut, ces derniers réassurent leur masculinité par cet ensemble de tâches relatives à l'urgence, qui peuvent être converties par un capital viriliste. En effet, la capacité de gestion de l'urgence constitue une tâche qui mobilise des « attributs virils tels que la force et le courage » (Kuehni, Bovey, 2018, p. 140). Aussi, lorsque Hugues évoque des situations particulièrement repoussantes, il les qualifie pour autant de « *drôles* » et met en avant sa capacité à s'en charger quand « *personne ne veut y aller* ». C'est là une tendance récurrente au sein de l'association étudiée, que la capacité des hommes à évoquer ces tâches de *care* par l'humour, en dramatisant la dimension repoussante et héroïque de leur action.

Le midi à table, les professionnels parlent du pire qu'ils ont vécu, et notamment Jérémy [ND] et Hugo [ND]. Jérémy parle du fait qu'il a dû mettre de la crème dans un anus. Mais il ajoute que ce n'est pas le pire : c'est sans doute le pied de Joël le plus horrible. Il explique qu'il sentait très mauvais, et qu'il l'a donc installé devant l'infirmerie, à l'abri des regards. Il voulait prendre une bassine et nettoyer ses pieds avec de l'eau et un peu de Dakin® mais quand il a enlevé la chaussette de Joël, il a vu des vers grouiller partout sur ses pieds. Il a été vomir. Même Joël, qui ne s'était pas rendu compte de

l'état de ses pieds, était écoeuré. Jérémy a ensuite appelé le 15. Son histoire provoque l'hilarité des professionnels à table. Jérémy, en riant, dit que quand Joël marchait, il laissait des taches vertes fluo au sol, tant ses pieds étaient purulents. Tout le monde rigole. Hugo raconte à son tour les pires situations qu'il a vécues.

Extrait des notes d'observation, lundi 11 février 2019

La narration de ces situations, récurrente au sein des centres d'hébergement, permet de donner une fonction héroïque à ces tâches de *care* particulièrement désagréables. Les difficultés de ces situations sont transformées en un objet d'humour permettant de mieux les supporter, comme le montrent aussi Emmanuelle Zolesio au sujet des chirurgiens recourant à l'humour noir dans les situations émotionnelles difficiles et Romain Juston Morival concernant le travail des médecins légistes en salles d'autopsie (Zolesio, 2013 ; Juston Morival, 2020). Ce qui pourrait faire l'objet d'une dévalorisation du travail, en l'occurrence prendre soin de personnes dont les affections corporelles sont particulièrement repoussantes, est transformé par l'humour en un objet valorisant du travail, plaçant les professionnels dans une position héroïque, capables de supporter ce que quiconque se refuserait à faire.

Aussi, certains aspects du *care* font l'objet particulier d'une héroïsation au sein du monde de l'assistance. Cette capacité à reconvertir ce sale-boulot en un travail héroïque est toutefois traversée par des logiques genrées, dans la mesure où ce sont presque essentiellement des hommes qui m'ont rendu compte de leur travail de la sorte. Si les hommes et les femmes se partagent donc différents aspects du travail de *care*, il faut préciser que la gestion au long cours du temps et celle de sa gestion dans l'urgence ne jouissent pas du même prestige social (Kuehni, Bovey, 2018), les héros étant avant tout ceux qui sauvent dans l'urgence, et non celles qui sauvent dans la durée.

Conclusion

Après avoir décrit le processus de sanitisation dans ses dimensions sociohistoriques et l'avoir incarné à travers les trajectoires des professionnels de l'association Envol, ce chapitre revient sur les pratiques professionnelles de soin à l'œuvre au sein du monde de l'assistance. Dans la première partie du chapitre, je montre d'abord comment le soin fait l'objet d'un partage, d'une circulation, parmi les différents groupes professionnels en présence. Dans ce contexte où le soin aux sans-abri occupe une place légitime, les frontières professionnelles paraissent poreuses. À l'observation, il n'est parfois pas si simple de distinguer le travail d'un travailleur social et d'une infirmière (Jaeger, 2012 [2006]). Les travailleurs sociaux se soucient de la santé

des hébergés, et des organisations collectives pour la prendre en charge se sont structurées dans chaque établissement. Concrètement, les professionnels sociaux participent aux activités de soin, en prodiguant des soins d'hygiène, en distribuant les traitements, et parfois même en réalisant des soins techniques dont le mandat est classiquement réservé aux infirmières. Cette première partie souligne donc la prégnance de glissements de tâches dans ce contexte de sanitarisation du monde de l'assistance.

Mais si la nécessité d'un travail collaboratif dans la prise en charge de la santé des sans-abri est admise et manifeste, elle n'en reste pas moins complexe. Toute relation de coopération implique en effet des enjeux de pouvoir (Friedberg, 1997). Aussi, dans la lignée des analyses de Vianney Schlegel, l'observation de ce travail coopératif montre que les frontières professionnelles ne se voient pas entièrement effacées dans ce contexte (Schlegel, 2019). Les rappels à l'ordre des hiérarchies sociales sont fréquents, et les professionnels du monde de l'assistance se voient assignés à une position exécutante vis-à-vis du médical. En pratique, ce rappel à l'ordre des hiérarchies peut s'avérer violent pour les professionnels, leurs connaissances issues de leur expérience quotidienne auprès des hébergés étant alors niées. Plus largement, ce constat permet de souligner que le travail coopératif peut aussi être source de souffrance au travail. Les travailleurs sociaux ne se résignent toutefois pas à cette place subordonnée. Au lendemain d'une histoire empreinte de résistance à toute forme d'emprise médicale, les travailleurs sociaux d'Envol réactualisent cette logique dans ce contexte de travail coopératif. Ainsi, ils recourent à différentes stratégies pour ne pas se voir mis sous tutelle du médical et pour symétriser leurs relations avec ces derniers. Cette oscillation entre les logiques de coopérations et de conflits montre que le soin aux hébergés s'inscrit dans un ordre négocié (Strauss, 1992), non réductible à la seule logique du brouillage des frontières professionnelles ni à celle d'une irréductible asymétrie entre le monde médical et le monde de l'assistance.

Dans un troisième temps du chapitre, je suis revenue sur les cloisonnements internes au sein du monde de l'assistance. Le travail entre les infirmières et les travailleurs sociaux s'avère marqué par une désynchronisation. La représentation du temps par les travailleurs sociaux est caractérisée par leur intention de ne pas chroniciser les accompagnements des sans-abri, en particulier sur les LHSS. Ils ont incorporé la logique court-termiste de l'urgence sociale et se montrent au quotidien plus enclins à être dans une logique de rapidité. Leur rapport au temps est en cela construit sur la logique temporelle du *Chronos* (Bessin, 1998). En revanche, les infirmières sont davantage dans une représentation du temps se rapprochant du *Kairos* (Bessin, 1998), valorisant un accompagnement à plus long terme, et privilégiant la sélection du moment

opportun à la précipitation. Cette désynchronisation du temps social et du temps infirmier s'inscrit dans des rapports de domination complexes, dans lesquels s'imbriquent également des rapports sociaux d'âge et de genre, fragilisant les infirmières. Ces divisions internes se repèrent également par le processus de délégation du travail émotionnel. Les récits difficiles – voire traumatiques – par leur caractère difficilement audible pour les travailleurs sociaux, font l'objet d'un renvoi vers les professionnels du soin, et notamment les infirmières des établissements. Ces dernières sont alors surexposées au travail émotionnel au sein du monde de l'assistance, ce qui contribue plus encore à leur fragilisation dans cet espace. Pour finir, je me suis focalisée sur les divisions internes au sein même du groupe professionnel des travailleurs sociaux. À nouveau, des logiques genrées et temporelles se font jour, puisque le travail d'anticipation du soin revient avant tout aux femmes, alors que le travail d'urgence fait l'objet d'une héroïsation au masculin. Si certains décroissements sont donc bien repérables dans ce contexte de circulation du travail du soin, de nombreuses formes de recloisonnements apparaissent, rappelant les hiérarchies statutaires mais aussi de genre dans le cadre de la prise en charge matérielle du *care*.

Conclusion de la section

Cette section est revenue sur les trajectoires et pratiques des professionnels exerçant au sein de l'association Envol. Cette focale sur les groupes professionnels intervenant au sein du monde de l'assistance s'avère heuristique dans la mesure où la visibilité de ces derniers est limitée. S'intéresser à ces professionnels peu visibles est alors utile pour saisir qui sont ces professionnels mandatés par la société pour s'occuper de ces personnes vulnérables, mais aussi pour analyser comment les dynamiques propres à ces groupes professionnels éclairent l'enjeu de la sanitarisation du social.

Cette deuxième section souligne comment le credo associatif socio-sanitaire, analysé dans la première section, s'est transmis à mesure que l'association a poursuivi sa professionnalisation. Le résultat principal que j'avance est que la féminisation du monde de l'assistance permet de mieux comprendre le processus de sanitarisation. En effet, au sein d'un bastion professionnel historiquement masculin, les pionnières recrutées au milieu des années 1990 se sont vues assignées aux tâches liées aux soins, et en particulier à l'hygiène des hébergés. En retour, elles ont contribué à la visibilisation et à la structuration d'une plus grande prise en compte des vulnérabilités sanitaires des sans-abri. De ce point de vue, le processus de sanitarisation étudié au niveau local est lié d'une manière presque inextricable au processus de féminisation, l'un ne pouvant être compris sans l'autre. De la même manière, l'embauche d'infirmières salariées dans l'association au début des années 2000 a été conditionnée à leur contribution à la matérialité du travail de *care*. Dans un processus inachevé de division du travail, ce sale boulot tenant à la prise en charge de l'hygiène des sans-abri a fait l'objet d'une nouvelle délégation à partir des années 2010 à des groupes professionnels féminins et subalternes, comme les auxiliaires de vie notamment. Cela permet de souligner que si l'esprit associatif d'Envol fut bien historiquement attentif à la santé des hébergés, sa matérialité a fait l'objet d'un processus de délégation aux femmes.

Ce sont en outre les enjeux de recrutements qui éclairent la perpétuation de ce credo associatif socio-sanitaire. Je montre ainsi que les recruteurs d'Envol sont sensibles à embaucher des travailleuses et travailleurs sociaux préalablement disposés à accomplir ce travail de *care*. Cette attention est particulièrement importante pour les femmes, dont j'ai montré qu'elles étaient très majoritairement diplômées du travail social. Il s'agit alors pour les recruteurs d'embaucher celles qui, parmi ces diplômées, accepteront cette part du travail de *care* à mener dans ces établissements. Concernant les infirmières, cette section montre que ce secteur attire particulièrement celles mettant à distance l'univers symbolique médical (Parizot, 2003). Elles

ont alors tendance à fortement idéaliser leur arrivée au sein d'un univers symbolique humaniste (Parizot, 2003). Le passage à travers le miroir (Hughes, 1958) s'avère toutefois souvent éprouvant pour ces soignantes. De plus, la place qui leur est attribuée est difficile : elles sont isolées les unes des autres, n'ont pas de supérieurs hiérarchiques de leur groupe professionnel, sont dominées dans leur rapport au temps et surexposées au travail émotionnel. Cette place accordée aux infirmières souligne d'une nouvelle manière la prudence de l'association face au risque d'emprise médicale. En effet, l'association tient compte à la fois de l'importance de considérer les vulnérabilités sanitaires des sans-abri – et donc de faire appel à des compétences soignantes spécifiques (Schlegel, 2019) –, et du risque de se voir mise sous tutelle du médical. La place accordée aux infirmières est alors une place sous contrôle.

Ce qu'il en est en pratique aujourd'hui de la prise en charge du *care* souligne le renouvellement d'une division genrée du travail. Les activités relatives à l'hygiène des hébergés ayant progressivement été délégué, il s'agit aujourd'hui d'une tâche plus rare, qui continue néanmoins de confronter les différents groupes professionnels du monde de l'assistance. Dans ce mouvement, certains travailleurs sociaux non diplômés investissent ce travail sur lequel ils peuvent se spécialiser de manière informelle, et obtenir une légitimité face aux professionnels diplômés du travail social. L'investissement des hommes dans ce travail de *care* permet de montrer comment ces derniers le transforment en un objet valorisant, notamment par l'humour, en dramatisant la dimension héroïque de leur action. Tandis que le travail de soin circule parmi l'ensemble des travailleurs sociaux, tous ses aspects ne sont pas également investis entre les hommes et les femmes. Les temporalités du *care* ont ainsi permis de repérer que les femmes travailleuses sociales ont plutôt tendance à investir un travail d'anticipation du soin, tandis que les hommes investissent un travail davantage marqué par l'urgence, ce dernier demeurant plus valorisable socialement.

Cette section souligne donc l'importance d'adosser à la réflexion sur la sanitarisation une perspective attentive aux rapports sociaux de genre. Bien que le monde de l'assistance ne soit pas un territoire du *care* par excellence (Gardella, 2017), il s'est avéré heuristique de recourir à cette théorie pour problématiser la prise en charge du soin à l'angle de l'intersectionnalité (Tronto, 2009 [1993]). Le *care* a en effet favorisé l'étude de la prise en charge concrète et matérielle du soin porté aux sans-abri, et a ainsi permis de souligner la permanence de frontières dans le travail de soin, malgré la sanitarisation de cet espace professionnel.

Aussi, interroger dans quelle mesure la prise en charge de la santé des sans-abri s'inscrit dans des rapports sociaux inégalitaires permet plus largement de questionner ce qu'il en est de la reconnaissance et de la place que l'on accorde à celles et ceux qui prennent soin des plus vulnérables de notre société. Si la santé des sans-abri a été mise à l'agenda, et fait l'objet d'une attention sociale grandissante, les personnes qui sont concrètement chargées de réaliser ce travail de *care* à leur côté restent peu visibles et reconnues pour leur travail. Le recours à la théorie du *care* permet alors de rappeler combien une véritable prise en compte de la pauvreté, et en particulier de la santé des pauvres, ne saurait s'accomplir pleinement sans un travail de reconnaissance de celles et ceux qui en ont matériellement la charge.

Dès lors, il va s'agir de regarder comment cette configuration professionnelle spécifique se traduit dans le travail d'accompagnement quotidien des sans-abri. Les trajectoires et les pratiques professionnelles éclairées ici vont permettre de saisir dans la prochaine section comment s'opère cette prise en compte de la santé au sujet des situations singulières des hébergés. Après avoir montré l'articulation du processus de sanitarisation à celui de la professionnalisation, il s'agit de regarder ce que la sanitarisation produit pour les hébergés eux-mêmes.

SECTION 3

L'INCORPORATION DU SOCIAL¹ : DU TRAITEMENT INSTITUTIONNEL DE LA SANTE DES HEBERGES

Le travail social est pris dans une tension centrale. Il porte à la fois en lui un projet d'émancipation des individus et des groupes dont il a la charge tout en constituant un agent de normalisation. Lorsque le travail social a commencé à faire l'objet d'études sociologiques en France dans les années 1970, c'est le deuxième aspect, normalisant, qui a été étudié. Des sociologues comme Jeannine Verdès-Leroux et Jacques Donzelot ont ainsi mis en lumière que le travail social ne pouvait se réduire à un travail relationnel réparateur du lien social (Verdès-Leroux, 1976, 1978 ; Donzelot, 1977). Dans cette perspective critique – dont l'histoire retient en particulier la publication du numéro « Pourquoi le travail social ? » de la revue *Esprit* de 1972, réédité en 1976 sous l'intitulé explicite « Contrôle social et normalisation » –, le travail social constitue un instrument de pouvoir contribuant efficacement au contrôle social des classes populaires. Sans l'exclure, les sociologues contemporains ont nuancé cette vision. Des sociologues comme Michel Chauvière, Michel Autès ou encore Jean-Yves Dartiguenave rappellent que l'on ne peut limiter l'étude du travail social à une seule entreprise de domination (Chauvière, 2004), dans la mesure où il ne se réduit pas à une dépendance absolue à l'« ordre social qui le produit » (Dartiguenave, 2010 p. 19). Les pratiques des travailleurs sociaux méritent d'être étudiées dans pour elles-mêmes, étant entendu qu'elles ne sont pas « réductibles au cadre sociopolitique et institutionnel de leur expression même si, assurément, celui-ci les oriente » (Dartiguenave, 2010, p. 16). Aujourd'hui, l'enjeu n'est alors plus tant de savoir si le travail social est un instrument de domination ou d'émancipation, mais plutôt de comprendre comment il s'accomplit à travers ce « double visage » (Autès, 1999, p. 72), à la fois producteur de classements normatifs et porteur d'un projet social émancipateur.

Cette tension va être déclinée dans cette dernière section de la thèse à travers l'enjeu de la prise en charge de la santé des sans-abri en centres d'hébergement. Il est souvent envisagé par les sociologues que les processus de médicalisation ou encore de psychologisation constituent des manières consensuelles de traiter la question sociale, dépolitisant cette dernière

¹ L'expression fait référence aux analyses de Didier Fassin, avançant dans différents travaux la manière dont le social s'incorpore (Fassin, 1996 ; 2006a ; 2008b).

en venant l'inscrire dans une réalité naturalisée (Szasz, 1961 ; Pinell, Zafiroopoulos, 1978 ; Conrad, Schneider, 1992 ; Mathieu, 1993 ; Castel, Enriquez, Stevens, 2008). Ce point de vue critique nécessite d'être pris en compte concernant la sanitarisation, en interrogeant dans quelle mesure l'accompagnement de la santé des hébergés est traversé par des mécanismes contribuant à la reproduction et à l'invisibilisation des inégalités. Pour autant, il ne s'agit pas d'exclure de l'analyse la possibilité que la sanitarisation agisse aussi comme un mécanisme correcteur de certaines inégalités. Le soutien psychologique ou encore le renforcement de l'accès aux soins doivent être pris au sérieux dans ce qu'ils peuvent apporter de bénéfique aux sans-abri. Il ne s'agit donc pas de prendre pour acquis le fait que la sanitarisation soit le signe évident d'un renouvellement de la domination sociale sans pour autant s'en tenir au fait que le développement considérable de la prise en charge de la santé des sans-abri vient assurément corriger les inégalités sociales de santé auxquelles est surexposée cette population. Comme l'indiquent Maryse Bresson et Nadège Vezinat, les institutions portant en elles le projet de corriger les inégalités sociales de santé contribuent aussi parfois, paradoxalement, à les reproduire (Bresson, 2008 ; Vezinat, 2021). Sans adopter une perspective unique de départ, il s'agit plutôt de prendre cette question des inégalités comme un objet de l'analyse.

Car lorsque l'on aborde le sans-abrisme, on se situe face à des personnes qui sont confrontées aux inégalités de manière tout à fait saillante, au point même où les inégalités sociales et les inégalités de santé qu'ils éprouvent se confondent. Pourtant, les travaux récents abordant le traitement sanitaire du sans-abrisme ne l'étudient que peu à l'angle des inégalités. Peut-être est-ce par crainte de tomber dans une perspective sociologique critique trop radicale, comme abordée plus haut ? Ou bien parce que la question des inégalités sociales de santé reste avant tout une question que l'on réserve aux quantitativistes ? Didier Fassin souligne pourtant que les recherches qualitatives, et notamment l'ethnographie, ont tout leur rôle dans l'étude de la fabrique des inégalités (Fassin, 2008b). Les dénombrer est évidemment indispensable à leur objectivation, mais ce n'est que par les recherches qualitatives que l'on peut saisir les mécanismes complexes de leur reproduction.

Aussi, dans un contexte où la légitimité du registre sanitaire est prégnante, cette section va permettre d'ethnographier l'accompagnement de la santé des hébergés et ses effets complexes sur ces derniers. Avancer une réflexion sur la fabrique des inégalités sociales de santé ne vient pas nier l'agentivité des travailleurs sociaux. À l'image de tout groupe social, les travailleurs sociaux sont pris dans des processus structurels participant à la reproduction d'une société inégalitaire, qu'ils freinent et contestent par moment. Il ne s'agit donc pas d'accuser les

travailleurs sociaux des inégalités qu'éprouvent les sans-abri, mais de considérer que leur position singulière constitue un terrain propice à l'éclairage des formes de résistance à l'ordre social établi ainsi qu'aux mécanismes de reproduction des inégalités.

De quoi parle-t-on alors lorsque l'on évoque les inégalités éprouvées par les sans-abri ? D'abord, Nadège Vezinat le rappelle, « raisonner en termes d'inégalités plutôt que de différences ou de vulnérabilités n'est pas neutre » (Vezinat, 2021, p. 293). Si j'ai beaucoup parlé des vulnérabilités sociales et sanitaires de cette population pour faire écho au travail de l'historienne Axelle Brodriez-Dolino, cette terminologie de la vulnérabilité ne doit pas sous-entendre que l'on est là face à des souffrances uniquement internes des individus, déconnectées d'une société productrice d'un ordre social inégalitaire. Les vulnérabilités sociales et sanitaires sont d'abord et avant tout des inégalités sociales et des inégalités de santé. Ensuite, le fait que les sans-abri soient surexposés aux inégalités sociales de santé n'est pas le résultat d'un double coup du sort malheureux qui viendrait discriminer cette population socialement et qui la confronterait par ailleurs à des maladies, à un vieillissement et une mortalité prématurée. Ces inégalités sont liées, et plus justement, les inégalités de santé sont la conséquence, en grande partie, des inégalités sociales auxquelles sont exposés les sans-abri. Contrairement à ce qu'avance Jean-Jacques Rousseau, considérant que les inégalités corporelles sont naturelles (Rousseau, 1971 [1754]), les sociologues se rejoignent majoritairement pour avancer que « les inégalités inscrites dans les corps étaient [sont] sociales – et donc politiques » (Fassin, 2008b, p. 27). Si les individus les plus fragiles socialement sont également les plus exposés à la dégradation de leur santé, c'est parce que les inégalités de santé résultent largement d'inégalités sociales. Il reste que « la compréhension des mécanismes qui produisent ces inégalités reste particulièrement difficile à établir » selon Christophe Niewiadomski (2008, p. 10). En effet, en venant s'inscrire dans des réalités corporelles, ces inégalités deviennent tout à fait invisibles, au point d'être normalisées et naturalisées. On ne les remarque plus, dit Didier Fassin (2004a ; 2008b). Toutefois, ces inégalités, fussent-elles normalisées et complexes à identifier, ne doivent pas pour autant être éludées.

Par l'ethnographie du traitement institutionnel de la santé des sans-abri, cette section va donc contribuer à interroger la façon dont le social s'incorpore. Dans le premier chapitre, je vais questionner, par le cas particulier de l'identification des « cas psy », les ressorts sociaux de l'étiquetage pathologique des hébergés (chapitre 8). Interroger ce processus va permettre d'éclairer la façon dont le social se naturalise par l'étude concrète de la manière dont des situations sociales sont constituées en situations pathologiques. Je vais ensuite regarder

comment se construit l'accompagnement de la santé des sans-abri au sein des centres d'hébergement en questionnant la façon dont les hébergés sont socialisés à la prise en charge de leur santé (chapitre 9). Enfin, le dernier chapitre va interroger les effets, potentiellement inégalitaires, du fait de présenter une vulnérabilité sanitaire au sein du monde de l'assistance (chapitre 10). L'étude des traitements différenciés des hébergés présentant des affections sanitaires permettra d'analyser par un dernier prisme la façon dont le social se biologise, ces inégalités de traitement ayant des effets directs jusque dans les corps des sans-abri.

Chapitre 8

Déterminer les « cas psy » : les ressorts sociaux de l'étiquetage pathologique

« De toute façon, lui, c'est psy son problème ». Les travailleurs sociaux du monde de l'assistance expriment quotidiennement ce type de classement entre le normal et le pathologique pour appréhender les hébergés (Canguilhem, 2017 [1966]). Les questions médicales, loin de n'être réservées qu'à leurs experts du soin, traversent le travail social. La manière dont sont produites des catégories sanitaires en dehors de l'univers médical n'a toutefois que peu été analysée. La rareté des études sur ce sujet est liée au fait qu'elle renvoie rapidement à la question du diagnostic, cette activité étant socialement réservée aux médecins. L'étude des diagnostics, comme « processus par lequel une nomination est appliquée à une situation » (Borelle, 2017b, p. 27), n'est donc que rarement réalisée par les sociologues (Bresson, 2010 [2010]), *a fortiori* lorsqu'ils sont établis par des acteurs peu légitimes dans le cadre de cette activité, comme les travailleurs sociaux.

Il y a pourtant un intérêt à étudier la contribution d'acteurs non médicaux à cette activité diagnostique. Côté quotidien les sans-abri, les travailleurs sociaux sont amenés en permanence à définir les situations qui leur sont données à voir (Sicot, 2001). Pour Michel Autès, le travail social est même « une machine à produire des définitions » (Autès, 1999, p. 65), le classement des publics étant une activité centrale du métier. Dans la mesure où l'accompagnement social procède de l'identification des problèmes des personnes accompagnées, l'activité d'interprétation et d'évaluation se révèle indispensable au travail social (Giuliani, 2013). De surcroît, la façon dont les travailleurs sociaux déterminent les problèmes des hébergés n'est pas sans effets : je l'ai montré au chapitre précédent, ces professionnels ont un rôle important dans les consultations médicales et les ordonnances qui en découlent. Aussi, comme l'indique François Sicot, « la médecine ne détient pas, comme le soutient Freudson, le monopole de la définition de la maladie [...]. Les acteurs sociaux dans leur ensemble, bien qu'avec des ressources différentes, produisent du médical » (Sicot, 2001, p. 206). C'est donc précisément de cela dont il va être question dans ce chapitre, en interrogeant la contribution d'acteurs sociaux à la production de catégories sanitaires, en particulier à celles relevant de la santé mentale.

Il reste que ces catégories du psychisme auxquelles recourent les travailleurs sociaux sont flottantes d'un point de vue médical. Les travailleurs sociaux ne distinguent par exemple que très peu les névroses des psychoses. De manière générale, les classements opérés par les professionnels renvoient à la catégorie élargie des « cas psy », regroupant tout autant les troubles de la personnalité que les états dépressifs. Si les professionnels ne cherchent pas à identifier les pathologies avec une précision médicale, ils travaillent en revanche au quotidien à rechercher l'origine des problématiques des hébergés, entre des causes « psy » et des causes « sociales ». L'intention de ce chapitre n'est aucunement de confronter les interprétations des travailleurs sociaux à une forme de vérité médicale. Au contraire, il s'agit de prendre au sérieux cette catégorie indigène des « cas psy¹ » qui fait sens pour les travailleurs sociaux, et qui se révèle opérante au quotidien dans les trajectoires des accueillis. Soulignant en creux l'univers symbolique et normatif dans lequel ces acteurs agissent, il s'agit ainsi de tenir compte de la manière dont les acteurs de terrain problématisent eux-mêmes les situations qui leur sont données à voir (Borelle, 2017a).

La focalisation sur cette question « psy » constitue un cas limite permettant d'analyser comment les professionnels identifient le besoin de soins des personnes qu'ils accueillent. J'ai montré depuis le début de la thèse combien l'enjeu du soin est prégnant et circule dans cet univers du travail social. Mais concrètement, comment cela se manifeste-t-il au sujet des situations singulières des hébergés ? Cette réflexion permettra d'analyser la manière dont le monde de l'assistance contribue à *sanitariser* son propre espace, en définissant certaines situations dans le registre pathologique.

Plus encore, c'est la façon dont le social s'incorpore qui sera renseignée dans ce chapitre, en explorant certains mécanismes au fondement de la traduction de certaines situations sociales en situations pathologiques. De ce point de vue, il ne s'agit pas de considérer les troubles mentaux comme des états de fait naturels, imperméables à toutes logiques sociales : « la folie ou la dépression ont ainsi des raisons que la raison médicale ne connaît pas », soulignent Alain Ehrenberg et Anne Lovell (Ehrenberg, Lovell, 2001, p. 31). Sans adopter une perspective constructiviste radicale, il s'agit de considérer les centres d'hébergement comme des institutions sociales qui diffusent des normes et traitent quotidiennement la distance à ces

¹ Dans l'écriture, je recours donc à cette catégorie des « cas psy », en assumant sa dimension particulièrement poreuse au niveau médical. Retranscrire cette vision élargie des troubles me semble être la condition à laquelle il est possible de saisir les classements opérés par ces professionnels. Dans cette optique, les termes « troubles mentaux » ou encore « situation pathologique » seront également mobilisés.

normes. Une manière d'expliquer et de traiter certaines déviations consiste à les définir dans le registre des troubles mentaux. En sortant la question pathologique de ses seules dimensions biologiques, il s'agit donc dans ce chapitre de considérer les troubles mentaux avant tout comme une déviation aux normes sociales (Bodin, 2018).

Je montrerai d'abord que si certaines situations sont bien appréhendées dans le registre « psy », d'autres y demeurent étrangères. Au quotidien, les travailleurs sociaux travaillent à produire une dualité entre les cas « sociaux » et les cas « psy » (Borelle, 2017a) (I). Pour mieux comprendre ce mécanisme social, je vais ensuite explorer trois dimensions, non exhaustives et complémentaires entre elles, des ressorts sociaux de l'étiquetage pathologique. J'analyserai d'abord l'enjeu de la connaissance du passé des sans-abri et de la manière dont ils investissent les espaces qui leur sont réservés comme supports de traduction des situations dans le registre « psy » (II). J'étudierai ensuite l'enjeu de la non-conformité au rôle social d'hébergé attendu (III), puis celui de leur déviation aux normes de genre comme des leviers de la traduction des situations des sans-abri dans le registre de la santé mentale (IV).

I. Tous malades ?

1. La présomption pathologique des hébergés

Les travailleurs sociaux des centres d'hébergement présentent souvent leur public comme cumulant différentes « problématiques », tout autant sociales que sanitaires. Une grande partie – voire tous les hébergés – aurait alors des problématiques de santé mentale. En entretien avec un binôme de professionnels, Jérémy rappelle ainsi à sa collègue Aline :

« Mais tu te souviens de réunions où on essayait de faire de grandes catégories de personnes dans Virgile, en disant que c'était perméable, qu'on pouvait passer d'une catégorie à une autre... et tu avais "santé mentale" et on mettait tout le monde dans cette catégorie ».

Jérémy, travailleur social non diplômé, 36 ans, Virgile

En explicitant les catégories institutionnelles produites au foyer du père Virgile au sujet des hébergés, Jérémy souligne que celle des accueillis ayant une santé mentale affectée recoupe « *tout le monde* ». L'idée qu'il y aurait de plus en plus de sans-abri souffrant de troubles mentaux, voire qu'ils auraient « *tous un peu des problèmes psy*¹ » est particulièrement diffuse.

¹ Extrait d'entretien avec Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS.

Pour les professionnels, cela tient d'abord au fait que les conditions de vie des sans-abri sont particulièrement éprouvantes et se sont de surcroît dégradées, notamment en raison de la saturation des institutions sociales et médicales. Le second argument défendu est que les personnes ne se retrouvent pas en centres d'hébergement par hasard. « *Le problème des gars qu'on accueille, c'est pas que parce qu'ils ont pas leur RSA¹ quoi, clairement, sinon ça se saurait* » me dit Charlotte en entretien. Vanessa va également dans ce sens :

« Tu vois, faut pas foncer tête baissée, les gars s'ils sont là, c'est pas pour rien. C'est pas un jugement quand je dis ça, mais t'arrives pas à Virgile comme ça quoi ».

Vanessa, éducatrice spécialisée, 38 ans, Virgile

Rejoignant l'idée de Charlotte, Vanessa exprime le fait que les hébergés ne se retrouvent pas en centres d'hébergement « *pour rien* », soit pour des problématiques exclusivement administratives ou économiques. « *Il n'est pas là pour un cor au pied* » est en outre une expression entendue plusieurs fois sur le terrain, qui permet d'exposer cette idée que la personne accueillie a un problème profond, loin d'être superficiel, qui nécessite d'être traité. Dans cette vision partagée, héritière du credo socio-sanitaire de l'association, les sans-abri sont avant tout considérés comme « porteur d'un problème particulier » (Levené, 2006, p. 108). Les professionnels tentent alors d'établir dans le parcours de l'hébergé « *ce qui fait nœud dans son histoire²* », recherchant du côté des enjeux psychologiques les raisons de son déclassement social. C'est ainsi dans le traitement d'une demande non dite, sous-jacente, que les travailleurs sociaux trouvent une partie du sens qu'ils donnent à leur travail (Giuliani, 2013).

L'idée d'un continuum, d'une « évidence » entre les vulnérabilités sociales et psychiques, est régulièrement mise en avant par les professionnels (Bresson, 2003). Le terme « pauvre » n'est d'ailleurs que très rarement utilisé sur le terrain, les professionnels recourant plutôt à des termes comme « *précaires* », « *vulnérables* » ou « *souffrants* » (Aïach, 2006). J'ai moi-même été reprise par Vanessa sur mon emploi du terme « pauvreté » lors d'une présentation de mon travail au sein du foyer du père Virgile. À ma surprise, elle m'a expliqué que les personnes accueillies ici n'étaient pas pauvres, ou tout du moins pas toutes, et que certaines étaient plutôt dans « *une période temporaire de fragilité* ». Le non-recours à la terminologie de la pauvreté par les travailleurs sociaux semble se rapporter à une lecture

¹ Revenu de solidarité active.

² Expression issue du rapport de l'évaluation externe du CHRS de la SRAS, 2015.

strictement économique de ce terme, ne rendant pas assez bien compte de leur position quant au fait que la population qu'ils accueillent ne présente à leur sens pas uniquement des problèmes financiers¹.

Aussi, les professionnels adhèrent pour beaucoup à l'idée qu'il existerait un lien entre la situation de sans-abrisme et l'affection de leur santé mentale (Bresson, 2003). C'est en cela que je parle d'une *présomption pathologique*, car les hébergés ne semblent pouvoir être durablement tenus à distance de toute interprétation pathologique de leur situation. À la poursuite de cette idée, les professionnels mobilisent régulièrement le travail de Patrick Declerck, souscrivant lui-même largement à cette corrélation entre santé mentale et sans-abrisme (Declerck, 2001) :

« Je sais pas si t'as lu Declerck ou des trucs comme ça, si tu veux cette prise de recul, non-jugement, [vis-à-vis] de ce que font les personnes, ne pas leur prêter de l'intentionnalité tout le temps, parce qu'en fait souvent il y a juste des réactions qui sont des réactions instinctives, des réactions de peur, mais il n'y a pas de stratégie pour être désagréable avec moi ou avec toi, tu vois ? ».

Arnaud, éducateur spécialisé, 51 ans, chef de service du CHRS de la SRAS

Arnaud explique dans cet extrait que les sans-abri auraient une psychologie différente, nécessitant des ajustements, du « *recul* », de la part des professionnels. La sensibilité partagée des travailleurs sociaux à cette idée d'un lien entre les troubles mentaux et le sans-abrisme trouve une de ses raisons car ces acteurs de terrain ont été les premiers destinataires du travail de Patrick Declerck durant les années 2000, certains m'expliquant même l'avoir rencontré à des conférences. En outre, des journées d'étude locales sur ces thématiques à la croisée de la santé mentale et de la précarité – invitant des auteurs abondant dans le sens de cette corrélation évidente – ont participé à l'établissement et à la légitimation de ce lien.

Cette souffrance généralisée semble fonder l'unité de la population sans-abri pour les professionnels de l'association. Robert Castel analyse que face au sentiment de dispersion, la psychologisation constitue une ressource professionnelle permettant d'unifier le travail : « l'élaboration d'une causalité interne, intraphysique fournissant alors le seul principe de totalisation possible » (Castel, 1981, p. 141). Aussi, parmi la pluralité des situations et problèmes auxquels les professionnels sont confrontés en prenant en charge les sans-abri, le

¹ Les données locales précisent néanmoins que 80% des accueillis en centres d'hébergement disposent de moins de 1 000 euros de revenus mensuels, et qu'une personne sur 10 est sans revenus. La grande majorité des hébergés est donc en dessous du seuil de pauvreté (plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Diagnostic territorial partagé du sans-abrisme au mal-logement, 2015).

dénominateur commun du travail réalisé est celui d'accompagner vers un mieux-être réparateur des souffrances profondes.

2. Adhérer à la « culture psychologique¹ »

Si la souffrance est bien une caractéristique de ce public, les travailleurs sociaux évoquent souvent qu'elle puisse potentiellement concerner tout un chacun, y compris eux-mêmes :

« Pour moi la question ne se pose pas si les gens sont fragiles ou pas : pour moi tout le monde l'est. Tu vas trouver des failles chez chacun, et donc ce qui m'intéresse c'est comment chacun gère ses fragilités, parce que c'est ça l'essentiel, mais des gens pas fragiles, moi je pense qu'on est tous atteignables, et qu'on est tous friables [...]. Et ça je leur dis quand ils parlent de leurs fragilités, pour moi c'est pas très important ».

Hugues, éducateur spécialisé, 57 ans, CHRS des Rivières

Hugues souligne ainsi que chacun est potentiellement vulnérable et qu'en ce sens, cette fragilité ne concerne pas exclusivement les sans-abri. Les professionnels du monde de l'assistance ont une conscience aiguë de la dépendance et de la vulnérabilité potentielle de chacun, se rapprochant par-là de l'idée centrale qui structure la théorie du *care* (Tronto, 2009 [1993]). Cette vulnérabilité commune vient réactualiser la logique ancienne de symétrie au sein d'Envol entre les professionnels et les hébergés. Si professionnels et hébergés partagent à présent nettement moins de propriétés, esthétiques notamment, cet ethos de la proximité se renouvelle dans le partage d'une fragilité potentielle partagée².

Se considérant comme de potentiels souffrants, les travailleurs sociaux ont fréquemment recours aux psychologues et psychiatres du monde de l'assistance pour leur faire part de leurs réflexions et affections dans leur travail. Le fait que les professionnels s'occupant de personnes vulnérables souffrent, eux aussi, était d'ailleurs le point de départ du rapport Strohl-Lazarus (Strohl-Lazarus, 1995). Localement, l'implantation de l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) s'est construite sur cette idée de soutien aux aidants. Dans certains établissements aujourd'hui, les professionnels de santé mentale interviennent majoritairement – voire exclusivement – au contact des travailleurs sociaux, et non des hébergés. Sans faire la thérapie

¹ Castel Robert, 1981, *La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, les Éditions de Minuit ; Castel Robert, Enriquez Eugène, Stevens Hélène, 2008, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, vol. 17, n°2, p. 15-27.

² Pour plus de détails, voir chapitres 3 et 5.

des professionnels, il s'agit pour les travailleurs sociaux de mettre des mots et de réfléchir avec ces professionnels de la santé mentale sur ce à quoi le travail auprès de certains hébergés les expose. Les séances d'analyse des pratiques, généralisées dans tous les services d'Envol, vont également dans ce sens et renforcent la légitimité des travailleurs sociaux dans leur usage de la psychologie. Pouvant être décrits comme une « organisation des confessions obligatoires », comme le suggère Lise Demailly, ces espaces semblent favoriser la diffusion et l'entretien de cette légitimité du registre psychologique¹ (Demailly, 2006, p. 44).

La sensibilité des professionnels à ces enjeux autour de la vulnérabilité et de la souffrance tient notamment au fait qu'il s'agit d'un groupe social réceptif à la diffusion de la « culture psychologique » (Castel, 1981 ; Castel, Enriquez, Stevens, 2008). Robert Castel a souligné que celle-ci touche particulièrement les membres de la classe moyenne, comme le sont les travailleurs sociaux². Ces derniers s'avèrent en effet être des « férus de psychologie à usage immédiat » (Conq, Vilbrod, 2006, p. 201). Les enjeux d'estime de soi, d'attachements et de transferts sont fréquemment mobilisés par ces professionnels. Les travaux de fin d'études des éducateurs spécialisés et des assistants de service social mobilisent le plus souvent les savoirs psychologiques (Conq, Vilbrod, 2006), plaçant la sociologie et les sciences de l'éducation en second plan³. En ce sens, Marine, assistante sociale à la SRAS me dit que si elle a bien lu quelques travaux de sociologie durant sa formation, notamment un ouvrage de Serge Paugam, elle m'explique que son mémoire pour le diplôme d'État était en revanche « *complètement psycho* ».

La psychologie constitue ainsi une référence dominante et valorisée au sein du monde de l'assistance. Les articles qui m'ont été donnés par des professionnels afin que je comprenne mieux leur public et leur travail sont majoritairement des travaux psychologiques. Cette assise tient également au fait que la figure du psychologue constitue une image personnifiée dans ces établissements. Ils en côtoient régulièrement, et deux thèses en psychologie ont déjà été réalisées auprès du public de l'association. J'ai moi-même été associée plusieurs fois à cette figure, comme je l'ai abordé dans le premier chapitre de la thèse. Cependant, outre cette « case » qui a pu m'être attribuée (Schwartz, 1993, p. 272), les professionnels m'ont souvent

¹ Ces séances de supervision, auxquelles je n'ai pas pu avoir accès, me semblent être un terrain de recherche particulièrement heuristique pour saisir ces usages et recours à la psychologie par les travailleurs sociaux.

² Pour plus de détails, voir chapitre 5.

³ Bertrand Delaunay nuance toutefois ce constat, en analysant au sein des formations des assistants de service social une montée en puissance des savoirs gestionnaires et juridiques, en concurrence à la psychologie (Delaunay, 2006).

communiqué le fait qu'ils avaient apprécié les entretiens que j'ai réalisés avec eux, car cela les avait aidés à se questionner sur eux-mêmes. Les interroger sur le cheminement qui les a amenés à exercer dans ces établissements les a soutenus implicitement dans une démarche introspective à laquelle ils s'avèrent sensibles.

De ce fait, la psychologie constitue un socle de références légitimes au sein du monde de l'assistance. Ce n'est toutefois pas la seule, les savoirs militants, sur les droits des étrangers notamment, constituant également des références légitimes au sein d'Envol. Néanmoins, « la psychologisation de l'intervention sociale » constitue bien une réalité prégnante – sans être hégémonique¹ – du monde de l'assistance (Bresson, 2006, 2012), qui se traduit notamment par l'attente que les professionnels détiennent certains bagages psychologiques pour pouvoir exercer au sein de cet espace :

« Parce que je pense que dans ces métiers-là il faut psychologiquement avoir une certaine assise et un certain recul et avoir la tête sur les épaules et puis aussi des connaissances sur la psychologie, la psychiatrie, pas forcément très poussées, mais voilà ».

Arnaud, éducateur spécialisé, 51 ans, chef de service du CHRS de la SRAS

Arnaud souligne qu'un bagage « psy » est doublement nécessaire pour travailler au sein de cet espace, à la fois pour accompagner au mieux les hébergés présumés souffrants, mais également pour tenir dans ce travail réputé éprouvant psychologiquement. C'est ainsi une certaine connaissance de soi et de ses fragilités qui est attendue et appréciée dans ce milieu. Cette « assise » psychologique requise se conjugue aux analyses avancées dans la section précédente quant à la disposition au soin qui est attendue dans ce monde.

Néanmoins, si le registre psychologique est diffus au sein du monde de l'assistance, les travailleurs sociaux ne le mobilisent pas tous autant. Je l'ai montré au chapitre précédent, le travail émotionnel fait majoritairement l'objet d'une délégation vers les soignantes lorsque le contenu des interactions est lourdement chargé psychologiquement. Aussi, cette mobilisation des savoirs « psy » semble avant tout concerner des professionnels singuliers. Au briefing de la SRAS, alors qu'un hébergé s'est alcoolisé la veille au soir et « a foutu le bordel » aux dires de Lynda, Henri, conseiller en économie sociale et familiale (CESF), lui répond qu'il est dans

¹ Maryse Bresson précise que la psychologisation n'est ni un « processus massif » de l'intervention sociale, ni une de ses tendances récentes : le *Case Work*, technique d'entretiens individuels qui se développe dans les années 1950 en France, visait déjà à : « faire prendre conscience au sujet des difficultés psychologiques qui sous-tendent la demande qu'il formule, dans le but de l'aider à décider de la meilleure solution à apporter à son propre problème, grâce à la coopération active du travailleur social » (Bresson, 2012, p. 69).

« *une phase cyclique avec sa maladie* », et qu'il trouve positif que les cycles soient de plus en plus espacés dans le temps. Lynda lui dit alors : « *oui d'accord, mais qu'est-ce qu'on lui met comme sanction ?* » Dans cette situation, Henri évacue l'enjeu de la sanction au profit d'une réflexion clinique plus prestigieuse. Cette intellectualisation du travail social par le biais des « savoirs psy » concerne majoritairement les hommes diplômés, s'éloignant par ces réflexions de considérations quotidiennes moins valorisantes. Jean-François Gaspar note ainsi que : « la tentation est parfois grande pour les travailleurs sociaux de recourir à des méthodes et à des langages psy comme si ceux-ci étaient plus crédibles que les leurs » (Gaspar, 2012, p. 62). Hugues s'inscrit également dans cette perspective « clinique » du travail social (Gaspar, 2012) :

« Voilà, vraiment les gens qui ont des troubles, je trouve que c'est intéressant, parce qu'il y a des compétences autour de nous, on travaille avec des psychiatres, des psychologues, il y a moyen de... on peut vraiment avoir une compréhension des choses, pouvoir accepter certaines situations qui sont difficiles pour soi, dans le suivi [...].

Chloé : Et toi ce que tu préfères c'est vraiment l'accompagnement de personnes qui vont avoir des troubles ?

Oui vraiment je trouve ça intéressant, les accompagner et puis surtout éviter qu'ils soient dans la réédition des choses ».

Hugues, éducateur spécialisé, 57 ans, CHRS des Rivières

Valorisant ce travail autour des troubles, ces hommes diplômés sont dans une dynamique active d'apprentissage de savoirs cliniques. Henri lit ainsi des articles sur les communautés thérapeutiques, et me récite un matin l'ensemble des traitements qui figurent dans le pilulier, sans que je lui aie demandé, comme pour me témoigner de ses fines connaissances cliniques. Arnaud, quant à lui, est le seul de la SRAS à se rendre à la soutenance de thèse d'un psychologue. Aussi, les « savoirs psy » semblent inégalement répartis au sein du monde de l'assistance et concerner avant tout les professionnels disposant de plus de capitaux au regard de leurs diplômes et de leur genre. Ces travailleurs sociaux dominants entretiennent ainsi une position qui les distingue sur le terrain, en anoblissant et en intellectualisant leur quotidien de travail par le biais de ces « savoirs psy ».

3. *Produire une dualité entre le normal et le pathologique*

Malgré la forte présomption pathologique qui entoure les hébergés, les professionnels ne restent pas dans une indétermination flottante entre problèmes sociaux et problèmes « psy ». Les exemples sont nombreux où les travailleurs sociaux comparent les situations entre elles :

« *ce n'est pas comme monsieur Laforgue, qui pour moi est vraiment malade, il y a une différence entre les deux¹* ». Une autre fois, j'accompagne Robin à la SRAS lorsqu'il distribue les médicaments. Un hébergé refuse de prendre les comprimés que le travailleur social lui tend et s'en va rapidement. Robin me dit qu'il ne trouve pas ça grave, qu'il a le droit de refuser de les prendre. Il ajoute : « *ça ne lui fera pas de mal, car il a déjà trop de médicaments* ». Il me précise ensuite qu'il ne ferait pas la même chose pour un grand psychotique, mais que cet hébergé n'est pas un « *grand malade* ».

Les professionnels réalisent ainsi des classements et des hiérarchies entre les malades. Si les problématiques sociales et psychiques peuvent se combiner, ils déterminent généralement quelle problématique prend le pas sur l'autre. Cette dominante peut évoluer dans le temps : « *on ne pensait pas qu'il avait un problème psy, mais en fait carrément, je ne sais pas comment on a fait pour ne pas le voir* », me dit Morgane, éducatrice spécialisée, au sujet d'un hébergé du CHRS des Rivières. Aussi, la « tension ontologique » renvoyant à l'origine des troubles entre le social et le pathologique se pose en propre et quotidiennement aux travailleurs sociaux (Borelle, 2017a, p. 202). Si certaines situations d'hébergés sont traduites dans le registre de la santé mentale, d'autres restent étrangères à ce registre. Cela contribue alors à déconstruire une idée centrale : celle que tous les sans-abri souffriraient de troubles mentaux. Non seulement les statistiques produites sur le sujet contredisent ce point², mais les travailleurs sociaux de terrain contribuent également à nuancer cette représentation par les classements qu'ils opèrent au quotidien.

Le souci historique de l'association pour classer et quantifier les personnes présentant des troubles mentaux illustre cette attention professionnelle à la distinction entre le normal et le pathologique (Canguilhem, 2017 [1966]). Dès 1974, l'enjeu du dénombrement des personnes présentant des troubles mentaux apparaît dans les rapports d'activité d'Envol sous la catégorie

¹ Extrait des notes d'observation, mardi 18 juillet 2017, SRAS.

² De nombreuses enquêtes ont eu lieu, notamment en France, au Canada et aux États-Unis, sur la question du lien entre santé mentale et sans-abrisme, contredisant l'idée que la rue constituerait « un asile à ciel ouvert » (Dubreucq, 2008). David Snow, sociologue américain, avance dès 1986 que la maladie mentale des sans-abri est un « mythe » (Snow, 1986), concluant à moins de 10% de troubles mentaux parmi cette population. Des études françaises ont également déconstruit cette corrélation, et notamment l'étude épidémiologique de Viviane Kovess et de Caroline Mangin-Lazarus, indiquant un taux de personnes atteintes de troubles psychotiques à 16% parmi les sans-abri (Kovess, Mangin-Lazarus, 1999), ce taux montant à moins de 30% pour les troubles psychiatriques (15 à 20% en population générale). En 2009, une nouvelle enquête quantitative est réalisée en France au sujet de la santé des personnes sans-domicile (Laporte, Chauvin, 2010). L'enquête Samenta montre alors que la prévalence des maladies psychiques sévères n'a pas augmenté en dix ans. D'autre part, les troubles dépressifs sévères et les troubles anxieux sont quasiment identiques à la population générale. Ainsi, ces enquêtes invitent à la nuance quant au lien présumé entre santé mentale et grande pauvreté et contredisent l'idée d'une montée en puissance des troubles parmi la population sans-abri (Bresson, 2003).

de celles présentant une « maladie nerveuse », concernant alors 7,1% des hébergés du centre d'hébergement des Peupliers (rapport d'activité, 1974). Plus récemment, Envol a réalisé une enquête statistique interne indiquant que près de 50% des hébergés suivis dans les infirmeries de l'association présentaient des pathologies psychiatriques, ce chiffre grimant à 70% au sein de la SRAS et du foyer du père Virgile. Outre les comptages officiels de l'association, d'autres sont réalisés de manière officieuse par des professionnels de terrain. Un chef de service m'a ainsi fait part d'un de ses outils de travail : une liste des hébergés pour certains annotés d'un « P » (pour « psy »), signifiant pour lui que ces hébergés ont « *des troubles évidents* ». Ce souci, voire ce besoin, de dénombrer les personnes ayant des troubles démontre combien la production d'une dualité est une activité centrale pour les professionnels.

Pour autant, les travailleurs sociaux n'identifient pas avec une précision médicale les troubles qui leur sont donnés à voir :

« Bon après c'est vrai que la psychiatrie c'est quand même... On se rend compte qu'il y a une pathologie psychiatrique, mais sans obligatoirement mettre un nom dessus, donc, oui il y a vraiment des troubles psy, il y a ci il y a ça, mais on n'est pas obligé de mettre un nom dessus, qu'ils soient schizophrènes ou paranoïaques... ça n'avance pas trop de mettre un nom, ce qui est important c'est d'observer les troubles et d'agir en fonction ».

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, CHRS de la SRAS

Ce qui compte pour les professionnels n'est donc pas tant l'exactitude des troubles dont sont affectés les hébergés que la présence ou non de troubles « psy ». En effet, la détermination ou non de troubles mentaux est utile en ce qu'elle leur permet d'élaborer l'accompagnement qui leur semble le plus adéquat, comme l'indique Marine :

« Après moi j'avoue que je ne cherche pas à savoir tous les détails des pathologies [...]. Faut que j'en sache un minimum, pour savoir comment gérer certaines situations, s'il y a une personne, un résident, qui est mêlé dans un conflit, quelqu'un qui est psychotique, névrotique, bah je ne vais pas aller titiller de la même façon que quelqu'un qui est juste suralcoolisé. Ou en collectivité un Fabien Etienne par exemple, si sa chambre elle est dégueulasse, je ne vais pas aller le titiller pour qu'il la fasse si je vois que c'est trop stressant pour lui, trop angoissant. Tu reportes, mais voilà, je sais qu'il est psychotique donc ça me permet d'adapter ma manière d'être avec eux, mais je n'ai pas besoin d'en savoir plus ».

Marine, assistante de service social, 28 ans, CHRS de la SRAS

Marine explique également que la connaissance précise des troubles ne lui est pas indispensable pour son travail. En revanche, distinguer une personne qui présente des troubles

d'une personne « *juste suralcoolisée* » lui est nécessaire pour ajuster sa posture professionnelle. Aussi, déterminer les « cas sociaux » – ici un consommateur d'alcool – des « cas psy » est une activité indispensable à l'accomplissement du travail social. Pour l'essentiel, cette distinction relève de l'évidence pour les professionnels :

« C'est assez bizarre parce que je dirais que ça se fait assez naturellement dans le repérage des personnes qui ne vont pas bien, on va en parler spontanément. Et heureusement, que ça se fait comme ça d'ailleurs, parce qu'on n'a pas à se poser et à dire "*hum qui ne va pas bien*" ? ».

Marine, assistante de service social, 28 ans, CHRS de la SRAS

Les éléments qui permettent aux travailleurs sociaux d'identifier un comportement pathologique relèvent de l'allant de soi. Il est toujours heuristique pour la sociologie de s'intéresser à ces évidences sociales, car c'est à l'analyse de ces situations que l'on peut sans doute saisir avec la plus grande acuité la manière dont le social s'inscrit dans des réalités naturalisées. Si ce triage s'opère alors « *naturellement* » pour les travailleurs sociaux, il est possible d'identifier certaines logiques sociales procédant des ressorts de cet étiquetage pathologique.

François Sicot, un des rares sociologues à s'être penché sur les processus sociaux au fondement du lien entre maladie mentale et pauvreté, montre que l'étiquetage pathologique suppose d'abord qu'un ou plusieurs actes considérés comme déviants soient commis. Cela suppose ensuite qu'ils soient interprétés comme déviants par les « professionnels spécialisés dans l'imposition du respect des normes » (Becker, 1985 [1963], p. 186 ; Sicot, 2001). Le caractère transgressif d'un comportement est donc variable selon les contextes, mais aussi selon les personnes qui ont connaissance de la déviance. Ensuite, François Sicot indique que l'étiquetage pathologique se fonde sur l'interprétation collective de cette déviance comme un trouble mental (Sicot, 2001). Ce processus implique de parvenir à une définition commune, qu'Isabelle Baszanger définit comme un « consensus normatif » (Baszanger, 1986). L'activité diagnostique est ainsi toujours l'objet de « luttes de définition » (Darmon, 2008 [2003], p. 99), faisant intervenir des observations, arguments et références qui ne sont jamais pleinement standardisés, même au sein de la psychiatrie (Demailly, 2011). Le processus d'étiquetage ne va pas de soi, et implique des hésitations et des désaccords entre les professionnels avant que ne se stabilise une définition partagée de la situation, cette dernière restant toujours révoicable. Enfin, cette lecture collective et partagée implique « qu'il y ait une réaction sociale qui aboutisse à une prise en charge formelle, institutionnelle, et pas seulement informelle » (Sicot,

2001, p. 125). Ces actes peuvent concerner le fait d'enclencher un suivi psychologique ou psychiatrique, de mettre en place un traitement ou encore d'hospitaliser la personne, avec ou sans son consentement. En partant de ce cadrage, je vais proposer trois pistes d'analyse, non exhaustives, afin de saisir certains des ressorts sociaux de l'étiquetage pathologique.

II. Le passé et l'espace aux fondements de l'étiquetage pathologique

1. Le poids des antécédents psychiatriques

Un premier ressort de la traduction des situations des hébergés dans le registre pathologique concerne la connaissance d'une prise en charge psychiatrique passée par les professionnels. Il n'est ainsi pas rare qu'avant même d'avoir rencontré les hébergés, les travailleurs sociaux se soient imprégnés de l'idée que la personne est un « cas psy ». C'est particulièrement vrai lorsque l'hébergé est orienté par l'institution psychiatrique elle-même ou lorsque des informations circulent entre professionnels du milieu. Ce processus peut être rapporté à la théorie de l'étiquetage (*labeling theory*), développée notamment par Howard Becker¹. Pour le sociologue : « les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance [...]. Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette » (Becker, 1985 [1963], p. 32-33). Cette théorie est intéressante pour saisir la traduction de certaines situations dans le registre de la santé mentale, car ce processus d'étiquetage analyse la manière dont une représentation préalable en vient à déterminer l'ensemble du comportement de la personne. Les attitudes de ces hébergés, préalablement connus pour avoir un passé en psychiatrie, auront alors tendance à être interprétées au regard de cette étiquette préalablement établie (Sicot, 2001).

C'est le cas avec Noël, un hébergé accueilli à la SRAS depuis près de six ans. L'an passé, il a été hospitalisé plusieurs mois à l'hôpital psychiatrique pour des « *hallucinations* », comme il me l'explique lui-même. Au moment des observations, les professionnels sont en désaccord sur l'interprétation de la situation de Noël. Les travailleurs sociaux considèrent qu'il ne va pas très bien et qu'il se dégrade physiquement. « *Il est au ralenti* », « *la tête qu'il a* », « *très fatigué* » est-il écrit à son sujet dans le cahier de liaison. En revanche, le chef de service et l'infirmière considèrent que Noël est en forme. Arnaud dit ainsi au briefing : « *Il est plus vif,*

¹ D'autres sociologues s'inscrivant dans l'interactionnisme symbolique ont également participé à l'élaboration de ce concept, comme Harold Garfinkel et Erving Goffman (Garfinkel, 1956 ; Goffman, 1975 [1963]).

plus éveillé maintenant », en faisant référence à son état un an auparavant, ce commentaire lui valant d'être vivement contredit par les travailleurs sociaux.

J'assiste quelques jours plus tard à la consultation médicale de Noël à la SRAS, avec André Lefèvre, le médecin libéral intervenant au sein de l'établissement. Après que Noël a quitté l'infirmier suite à l'examen, il explique à Hélène, l'infirmière, qu'il pense à la maladie de Parkinson le concernant et il prévoit différents examens neurologiques. Hélène me confirme plus tard, en observant Noël se déplacer avec difficulté : « *c'est sûr, il a quelque chose de neuro* ».

Peu de temps après, Noël est surpris dans sa chambre par un autre hébergé avec son pantalon enflammé. Noël a expliqué avoir tenté de brûler certains fils de son pantalon, mais n'avoir pas su réagir lorsque son jean se consumait. Après avoir été conduit aux urgences, Arnaud s'est chargé de prévenir le médecin psychiatre de Noël, qui lui a répondu que le problème n'était vraisemblablement pas psychiatrique mais neurologique. Noël a également réalisé des examens psychiatriques aux urgences qui se sont révélés non concluants. Une éducatrice note ainsi l'information sur le cahier de liaison : « *Rappel du service psy : pas de soucis de ce côté, rien d'alarmant. Problème plutôt neuro cognitif. Noël a un prochain rendez-vous avec le Dr Catel ?* ». Le docteur Catel est le médecin psychiatre qui suit Noël. Malgré le consensus indiscutablement partagé par les différents soignants quant à la dimension neurologique des troubles de Noël, les travailleurs sociaux souhaitent malgré tout continuer d'orienter ce dernier vers la psychiatrie en reprenant rendez-vous avec sa psychiatre.

Le lendemain au repas, alors qu'a lieu une discussion au sujet de Noël, Robin affirme, en obtenant l'acquiescement de ses collègues travailleurs sociaux : « *si c'est pas psy, il faudra qu'on m'explique ce que c'est !* ». Pour ces derniers, le fait que Noël ait mis le feu à son pantalon est sans conteste la manifestation d'un délire. Selon François Sicot, le délire constitue avec l'agressivité le critère le plus avancé par les travailleurs sociaux pour définir une situation comme relevant de la santé mentale (Sicot, 2001). La situation de Noël est donc au final définie dans le registre « psy » par les travailleurs sociaux, quitte à s'opposer aux lectures différentes des soignants. La prégnance de cette interprétation psychiatrique semble pouvoir être rapportée au poids des antécédents psychiatriques de Noël, rendant complexe pour les travailleurs sociaux le fait d'envisager autrement sa situation.

En revanche, d'autres situations échappent à l'interprétation pathologique lorsque les personnes ne sont pas préalablement étiquetées dans ce registre, comme Emmanuel, lui aussi

hébergé à la SRAS. Emmanuel est un accueilli qui pose régulièrement problème aux professionnels, souillant souvent sa chambre et tenant régulièrement des propos racistes et sexistes qui le conduisent à être sanctionné, principalement par des exclusions temporaires. À aucun moment, la situation d'Emmanuel n'est envisagée à l'angle d'une considération pathologique. Un soir, il nous annonce que son neveu vient de décéder. Il s'alcoolise massivement ce soir-là, ce qui entraîne l'ironie de certains professionnels le lendemain : « *ah bah il s'est trouvé une bonne raison de picoler !* ». Emmanuel n'est alors nullement orienté vers un professionnel de santé mentale. Le lendemain, il disparaît plusieurs jours. L'hôpital psychiatrique contacte alors la SRAS pour indiquer qu'il s'est rendu de lui-même au sein de l'établissement « *pour une dépression* », comme c'est indiqué dans le cahier de liaison des travailleurs sociaux. Exposant la situation au briefing du matin, Arnaud dit qu'il « *faut prendre au sérieux son mal-être* » et lui faire rencontrer le psychologue de l'équipe mobile de psychiatrie-précarité à sa sortie de l'hôpital. Toutefois, les travailleurs sociaux présents rétorquent qu'à leur sens, le problème est avant tout lié à sa consommation d'alcool : « *il s'alcoolise trop* », « *s'il buvait moins, il ne serait pas comme ça* ». Il n'est donc pas décidé qu'Emmanuel rencontre le psychologue, mais que la somme quotidienne d'argent qui lui est allouée soit réduite, en vue de diminuer ses alcoolisations¹. Finalement, le psychologue trouvera Emmanuel affaibli quelques jours plus tard à la SRAS et le rencontrera.

Néanmoins, cette situation souligne que la non-appréhension antérieure d'Emmanuel dans le registre pathologique peut conduire à écarter cette lecture comme un horizon des possibles, au profit d'un classement de cette situation dans le registre des comportements sanctionnables. Face à des comportements étiquetés comme déviants – alcoolisation massive, manque de réactions face au danger – les professionnels du monde de l'assistance disposent, en effet, de différents types de classement. Toutes les déviations ne sont donc pas traduites vers le pathologique, certaines faisant intervenir le registre des sanctions plutôt que du soin. Le poids des antécédents psychiatriques constitue une première piste d'analyse permettant de saisir le traitement différencié de ces déviations.

Malgré tout, les travailleurs sociaux ont connaissance de cette théorie de l'étiquetage et notamment de ses biais en termes de préjugés et de stéréotypes. Aussi, certains professionnels

¹ A la SRAS, et parfois à Virgile, les hébergés déposent de l'argent au bureau des travailleurs sociaux et disposent d'une petite somme chaque jour pour leurs dépenses quotidiennes (tabac et alcool notamment). Bien que ce soit l'argent des hébergés, les professionnels ont la capacité de réduire – voire de supprimer – ces retraits et de priver les accueillis de disposer de leurs finances.

cherchent au quotidien à contourner le poids de ces classements préalables en évitant par exemple de lire les dossiers des hébergés afin de se faire une opinion aussi neutre que possible de la personne accueillie. Par ailleurs, les travailleurs sociaux remettent régulièrement en question ces étiquetages, en les faisant évoluer. C'est le cas avec une hébergée du centre d'hébergement pour femmes des Peupliers. Assa, une jeune Nigériane de 21 ans, a été accueillie en urgence et de manière prioritaire au centre d'hébergement avec sa fille de 3 ans, suspectée d'un trouble mental et de mauvais traitements envers sa fille. Si au départ les observations des professionnels corroborent cette lecture pathologique préalable, constatant que cette maman « *délaisse sa fille* », « *ne lui accorde pas assez d'attention et reste sur son téléphone* », « *est complètement apathique* », « *lui donne des chips et des bonbons le matin* », les professionnels finiront par concéder, au bout de quelques mois, que la situation ne relève finalement pas du registre pathologique. « *Elle n'est pas dangereuse, pour elle ou pour sa fille* », dit une éducatrice lors d'une réunion au Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) évoquant sa situation. « *En fait, elle est juste immature* », ajoute-t-elle, concédant qu'il s'agit avant tout d'une jeune mère nécessitant de trouver ses marques dans la maternité. Aussi, l'appréhension préalable des situations dans le registre des troubles mentaux est éclairante de la manière dont les professionnels se font une idée du cas, mais insuffisante pour saisir l'évolution de ces classements dans le temps, dans la mesure où ils redéfinissent en permanence leur lecture des situations (Strauss, 1992). De surcroît, les professionnels ne se cantonnent pas qu'à un seul indice pour identifier un cas pathologique, comme ici le passé psychiatrique. C'est bien plus un faisceau d'indicateurs se cumulant qui permettent aux travailleurs sociaux de déterminer les « cas psy ».

2. *La souillure et l'habiter comme argument pathologique*

Outre le poids du passé, c'est aussi l'enjeu du rapport au corps et à l'espace des hébergés qui constitue un des fondements de l'étiquetage pathologique. Aussi, lorsque Lionel, un hébergé de la SRAS, est considéré comme particulièrement « *étrange* » et qu'il devient consensuellement nécessaire pour les travailleurs sociaux de le conduire à un rendez-vous en psychiatrie, c'est le changement de son regard, devenu plus sombre au cours des dernières semaines, qui est mobilisé comme l'argument majeur objectivant son trouble mental. L'identification d'un comportement dans le registre « psy » fait ainsi souvent référence, pour les professionnels, aux catégories de l'étrangeté. Les termes qui s'y rapportent, comme

« *bizarre* » ou encore « *chelou* », servent régulièrement de supports communicationnels pour engager la conversation autour du comportement d'un hébergé.

Si les troubles mentaux renvoient évidemment à l'esprit, les enjeux autour du corps sont en réalité structurants dans l'identification des « cas psy ». Le corps constitue en effet un élément révélateur, symptomatique, pour les professionnels. Cela contribue à nuancer la distinction, classiquement établie, entre le corps et l'esprit (Le Breton, 2015 [1999] ; Fassin et Memmi, 2004). L'hébergé sale est ainsi bien souvent considéré comme « un cas psy ». Ulysse est hébergé au CHRS des Rivières depuis deux ans. Il est originaire du Rwanda et se trouve sur le territoire français depuis près de 10 ans. Il a essuyé de nombreux refus de régularisation. Lorsque je rencontre Ulysse, des professionnels m'expliquent que cet hébergé ne va pas bien et qu'il se dégrade à vue d'œil. Morgane et Renaud, éducateurs spécialisés, appuient leurs propos en m'indiquant qu'il était « *très propre* » et « *carré* » lorsqu'il est arrivé. Le fait qu'il prenne moins soin de son corps, au sens des éducateurs, est un indice qui permet à cet instant de saisir son mal-être psychique. Ainsi, sa barbe moins entretenue et le fait qu'il porte régulièrement des joggings sont considérés comme des indicateurs de ses troubles, qui se conjuguent à une connaissance du passé « psy » d'Ulysse, ce dernier ayant déjà été suivi par un psychiatre. Comme l'indiquent Anne-Marie Arborio et Marie-Hélène Lechien, le laisser-aller corporel s'accompagne souvent d'une condamnation morale (Arborio, Lechien, 2019). En l'occurrence, cette condamnation prend la forme d'une pathologisation.

Il s'agit ainsi du corps, mais également de son extension, comme les vêtements ou la chambre de l'hébergé. Concernant Ulysse, c'est aussi la manière dont sa chambre est tenue qui fait l'objet d'un jugement moral. Morgane m'indique que : « *sa chambre est dans un état pas possible* ». Renaud abonde dans son sens et ajoute : « *c'est fou comme c'est révélateur* ». Une corrélation est établie entre le soin accordé à cet espace et la manière dont les hébergés se sentent psychologiquement. Ainsi, celui qui range et qui prend soin de son espace est celui qui se sent bien, à la fois dans l'établissement et dans sa tête. En revanche, une chambre non entretenue serait symptomatique d'un mal-être, ce qui conduit Morgane et Renaud à enjoindre Ulysse à rencontrer la psychologue d'Envol.

Au-delà de la souillure, la manière dont sont investies les chambres fait également l'objet d'interprétations professionnelles :

Durant le tour des chambres avec Yassin [ND], nous entrons dans une chambre sans frapper à la porte. L'hébergé n'est pas présent. La chambre, composée d'un lit avec les draps défaits, d'une vieille armoire en bois et d'un

bureau avec quelques objets posés dessus me paraît beaucoup moins sale que d'autres que nous avons vues avant. Rien ne traîne par terre. Yassin m'explique son ressenti sur cette chambre et me dit : « *tu vois, ce monsieur, il ne s'est pas installé pour moi* ». Il poursuit en m'expliquant qu'il n'a pas de télévision, peu d'affaires dans son armoire et sur son bureau, ainsi qu'aucune photo ou décoration sur les murs. Yassin me dit que cet hébergé est ici depuis un an, et qu'à son sens, il devrait être « *plus installé que ça* ». Il me dit qu'il va revoir cela avec lui, car pour lui, c'est un indice que l'hébergé ne se sent pas bien.

Extrait des notes d'observation, lundi 21 août 2017

« *Il n'a pas encore posé ses valises* » ou encore « *c'est du squat* », sont des phrases également entendues de la part des professionnels en visitant les chambres, visant à établir une corrélation entre cette manière d'habiter un lieu et le bien-être mental de l'hébergé. David Grand s'est précisément penché sur l'enjeu de l'habiter en centres d'hébergement et souligne le paradoxe entre la possibilité qui est faite aux hébergés de se sentir chez eux dans ces espaces et les limites du caractère privé de ces lieux (Grand, 2013). Mes observations vont dans le même sens : ces espaces privés que sont les chambres des accueillis sont soumis à un contrôle par les passages de professionnels, parfois sans frapper à leur porte. L'intimité est alors restreinte : « ce n'est pas la présence de l'autre qui la détruit, c'est l'absence de possibilité de contrôler ce regard », indique Alain Thalineau (2002, p. 41). Cela nuance la dimension privée de ces espaces car les hébergés n'ont finalement aucune possibilité de s'isoler durablement du regard d'autrui. Pour poursuivre la tension avancée par David Grand, ce n'est ici pas seulement une possibilité d'habiter les lieux qui est permise aux hébergés, c'est aussi une injonction à investir ces espaces qui leur est formulée, l'inverse pouvant être étiqueté comme une déviance au sein de ce CHRS de stabilisation.

Les indices que constituent la tenue du corps et de la chambre quant à la santé mentale des hébergés font sens pour les professionnels dans la mesure où ces éléments sont des prises directement observables, constatables par d'autres et permettant de retracer des évolutions, positives ou négatives, dans les manières d'être des hébergés. Ce souci de l'hygiène des travailleurs sociaux, du rangement, voire de la décoration caractérise néanmoins des socialisations situées. Le propre et le bon goût sont ainsi corrélés au sain, tandis que le sale et le vide renvoient au pathologique. Cela montre combien la pathologisation constitue une réaction sociale à un comportement qui n'est pas déviant par essence, mais qui est défini comme tel par des individus réagissant par le biais de normes situées socialement.

La connaissance du passé en psychiatrie ainsi que le rapport au corps et à l'espace entretenu par les hébergés constituent des premiers ressorts de la traduction des situations des hébergés dans le registre « psy ». La partie suivante va approfondir un autre levier de ce mécanisme : celui de la non-conformité au rôle social attendu d'hébergé.

III. La non-conformité au rôle social d'hébergé

Être accueilli en centre d'hébergement implique le respect de normes officielles et édictées, comme la non-consommation d'alcool notamment – excepté à la SRAS –, mais aussi l'adhésion à des codes de conduite plus officieux. Aussi, comme dans chaque institution, les professionnels définissent silencieusement une image conforme de leurs usagers (Cartier, 2005), et ceux qui s'en éloignent peuvent faire l'objet d'une condamnation morale. Cette sous-partie va revenir sur les attendus implicites au rôle social d'hébergé, en s'attardant sur la gestion qui s'opère vis-à-vis de ceux qui s'en écartent. En cela, les hébergés qui sont considérés comme énervants, menteurs, exigeants, ou encore qui se sentent supérieurs aux autres, peuvent en venir à être appréhendés dans le registre de la santé mentale (Sicot, 2001). Soulignant une perturbation à l'ordre institutionnel (Castra, 2003), ces qualificatifs servent de supports pour traduire des situations dans le registre pathologique. Je vais principalement développer la situation de Baptiste, un homme de 29 ans, hébergé au CHRS des Rivières, sa situation étant exemplaire de la manière dont un comportement agaçant, car déviant du rôle attendu de l'hébergé, en vient à être pathologisé.

Je rencontre Baptiste le deuxième soir où je suis présente au sein de l'établissement. De taille et de carrure imposantes, il a les bras tatoués et semble attentif à son apparence, comme en témoigne sa coupe de cheveux récente. Après nous être présentés et avoir échangé une poignée de main souriante, Baptiste me propose une partie de cartes avec un autre hébergé et une stagiaire éducatrice spécialisée, Émilie. Il propose également à une éducatrice, Morgane, qui lui répond par la négative, expliquant qu'elle a un entretien avec un autre hébergé. Durant la partie de 8 américain, Baptiste mène le jeu et formule des règles qui l'arrangent pour gagner. Émilie lui reproche sa triche et lui rappelle les règles officielles du jeu. Après la partie, Émilie me dit en aparté qu'elle l'a vraiment trouvé pénible et qu'elle a du mal à savoir comment interagir avec lui. Elle a le sentiment que Baptiste l'a « testée », avec ces règles de jeux inventées. Je demande ensuite à Morgane comment s'est passé son entretien. Elle me répond qu'elle n'en avait pas, mais que c'était une excuse pour ne pas jouer avec Baptiste. Je

comprends donc à l'issue de cette soirée que Baptiste suscite un certain agacement de la part des professionnels.

La situation de Baptiste est à nouveau abordée très rapidement lorsque je reviens, deux jours plus tard. Au petit déjeuner au CHRS des Rivières, deux femmes sont présentes à la table avec moi, Marie, stagiaire éducatrice spécialisée, et Louise, éducatrice spécialisée de 31 ans. En discutant, je demande à Louise si elle est référente de personnes ayant des problématiques de santé. Elle m'indique alors Baptiste d'un geste de la tête, qui est un peu plus loin dans la salle, en m'expliquant que : « *lui il faudrait, mais il ne veut pas* ». En tant que référente de Baptiste, Louise est en charge de son suivi et l'accompagne dans ses démarches d'insertion. Elle me précise qu'elle lui a déjà proposé un suivi psychologique, avançant que ce serait un moyen pour lui de « *reposer sa tête* », mais il lui a répondu que cela ne « *servait à rien du tout* ».

Juste après, alors que nous sommes au bureau des travailleurs sociaux, Louise apprend en lisant le cahier de liaison que Baptiste s'est montré pénible avec Émilie durant la partie de cartes, deux jours auparavant. Louise m'en dit alors un peu plus sur la situation de Baptiste, en mêlant les données factuelles et les interprétations qu'elle et ses collègues formulent à son égard. Elle me dit qu'avec Baptiste, « *c'est hyper compliqué* », « *c'est un gros manipulateur* », et qu'il est impliqué dans « *beaucoup d'histoires* ». Plus précisément, elle m'explique qu'à sa sortie de détention, il y a plus d'un an, il a été hébergé au sein du foyer du père Virgile, qu'il y aurait donné un faux nom et escroqué des hébergés de l'établissement. Depuis plusieurs mois qu'il est accueilli au CHRS, Louise explique qu'il « *n'a fait que mentir* ». Baptiste soutient notamment être propriétaire d'un appartement, ce dont l'équipe doute fortement. L'accompagnement de Baptiste est qualifié de complexe par Louise car il prétend ne pas avoir besoin d'aide de la part des éducateurs, tout en restant présent dans l'établissement depuis plusieurs mois. Plus encore, Louise explique qu'elle est souvent profondément agacée par son attitude, m'expliquant qu'il « *influence négativement des jeunes du CHRS* », qu'il « *fait le coq* » et « *a toujours raison sur tout* ».

À la fin de son explication, elle ajoute qu'elle se demande si la manière dont il se comporte ne serait pas « *presque pathologique* ». Elle me dit toutefois que ce serait tellement compliqué de lui faire admettre que cela ne constitue pas un axe de l'accompagnement. Je comprends donc que Baptiste n'a pas de traitements ni de suivi psychologique. Dans le discours de Louise, la dimension pathologique du comportement de Baptiste est évoquée, mais sans certitude. Ce doute est renforcé par le fait que ses collègues n'abondent pas vraiment dans cette

direction : pour l'équipe, Baptiste est surtout pénible. À l'image d'Emmanuel évoqué plus haut, le comportement de Baptiste est bien appréhendé comme déviant, mais sans être considéré comme un cas pathologique. L'absence d'antécédents de troubles mentaux connus ainsi que la bonne tenue de son apparence et de sa chambre peuvent vraisemblablement contribuer à expliquer la non-appréhension unanime de la situation de Baptiste comme un « cas psy » jusqu'à présent.

1. Du menteur au manipulateur : remettre en cause l'injonction à l'authenticité

Plusieurs éléments expliquent la déviance de Baptiste quant au rôle d'hébergé qui est attendu de lui. Pour commencer, il dévie de l'injonction à l'authenticité qui prévaut au sein du travail social par les mensonges qu'il formule. Baptiste a notamment affirmé aux travailleurs sociaux avoir été incarcéré pour un délit relativement glorieux, prétendant avoir cambriolé une bijouterie de luxe et avoir caché le butin, dont il affirme garder précieusement le secret de son emplacement. Cependant, les éducateurs ont réalisé des recherches sur internet et ont découvert que son incarcération était liée à plusieurs escroqueries de personnes âgées. Baptiste n'a jamais évoqué son incarcération en ces termes, et a préféré opter pour une version vraisemblablement plus valorisante. Cette manière de se dire constitue un mensonge pour les professionnels, qui vient instaurer un doute généralisé sur l'ensemble des dires de Baptiste. Aussi, après avoir été absent plusieurs jours du CHRS, il revient avec un large sourire aux lèvres et explique revenir de Lyon, où réside sa petite amie. Il annonce qu'elle est enceinte, et se dit ravi de cette nouvelle. Au bureau, les éducateurs félicitent Baptiste à demi-mot, puis, une fois parti, mettent en doute la réalité de cette grossesse, et même l'existence de cette conjointe. Il semble que pour les professionnels, l'expression d'un mensonge avéré vient durablement mettre en doute l'ensemble de la parole de l'hébergé.

Si le mensonge paraît si grave, c'est qu'il contredit une norme centrale au sein du travail social, qui est celle de l'authenticité. Plus que le degré de déviance d'un acte, ce qui a de l'importance pour les professionnels, c'est que la personne prise en charge soit transparente et honnête. « Tout doit pouvoir être dit, montré et discuté », indique Frédérique Giuliani (2013, p. 164). Les professionnels préféreront accompagner un hébergé qui a commis un délit grave, mais qui se montre sincère sur celui-ci, qu'une personne ayant commis un moindre délit, mais ne se montrant pas honnête sur la véracité de ses actes.

Pourtant, du point de vue des hébergés, embellir le passé peut constituer une manière de résister au déclassement engendré par la vie en centre d'hébergement. Baptiste, confronté au

stigmaté d'être accueilli en CHRS, lutte contre cette identité dégradante en présentant une version de lui-même qu'il estime valorisante : celle d'un homme malin et courageux, plutôt qu'un homme ayant agressé des personnes âgées vulnérables. Cet « onirisme social » est courant au sein de la population sans-abri, permettant le maintien d'une identité valorisante et valorisable (Lanzarini, 2000).

Il reste que le bon hébergé est avant tout un hébergé sincère. Cette injonction à l'authenticité est ancienne (Castel, 1981) et constitue à certains égards un héritage catholique de la figure du repentir. Le monde de l'assistance – et les centres d'hébergement en particulier –, constitue en ce sens des « épreuves de vérité » (Fassin, Memmi, 2004, p. 26) auxquelles doivent s'atteler les accueillis. Cette sacralisation de la parole (Goffman, 1968 [1961]) explique en retour combien le mensonge représente une déviance de premier ordre. Le dévoilement de celui-ci est en effet une épreuve pour les travailleurs sociaux, qui fondent l'essentiel de leur travail sur la confiance et la parole avec l'hébergé. La garantie du travail social tient à la qualité des relations, et si celles-ci sont faussées, l'efficacité du travail atteint une de ses limites (Cicourel, 2018 [1968]).

Le mensonge, tel qu'il est envisagé par les professionnels au sujet de Baptiste, est de surcroît appréhendé comme une volonté explicite de manipulation de sa part. C'est sur cette base que l'idée d'un trouble mental éprouvé par Baptiste va commencer à se diffuser parmi les travailleurs sociaux. En arrivant un matin, je découvre sur le bureau des éducateurs un feuillet de psychologie intitulé : « *les personnes manipulatrices* ». En le regardant, je découvre que le prénom de Baptiste est annoté à plusieurs reprises, parfois même souligné dans les marges du document. Cet écrit, offrant une nouvelle clé de lecture de sa situation, constitue un premier support orientant l'appréhension de son comportement vers le registre pathologique. En effet, l'écriture en ces termes sur un document feuilleté par tous les éducateurs contribue à généraliser la définition pathologique du cas de Baptiste.

La catégorie des usagers « manipulateurs » est fréquente dans la sociologie de la maladie mentale (Barrett, 1997 ; Darmon, 2008 [2003]). L'utilisateur défini comme « manipulateur » incarne souvent la personne la plus difficile à accompagner car elle dupe le professionnel en jouant, seulement en apparence, le jeu du traitement par la parole (Darmon, 2008 [2003]). En ce sens, Baptiste donne le change lors des conversations et joue en façade l'attente de la production d'un discours sur soi. Il vient en effet très souvent échanger avec les professionnels, et se rend aux entretiens auxquels il est convoqué. Cependant, non seulement le discours qu'il livre est présumé mensonger, mais les professionnels estiment qu'il a précisément

pour but de les duper. Visant à altérer leur jugement en les impressionnant ou encore en les attendrissant, ils estiment devoir se montrer vigilants en permanence sur les propos que Baptiste avance. Aussi, l'hébergé qui formule précisément ce que l'éducateur veut entendre, sans saisir pour lui-même l'intérêt de ce qu'il expose, est considéré comme faisant obstacle au bon déroulé de l'accompagnement (Barrett, 1997).

Cette injonction à l'authenticité ne signifie donc pas que tout puisse être dit. Plus précisément, si un discours sur soi est attendu, ce qu'il en est de son contenu est codifié socialement. Tel qu'il est pensé, le discours produit doit témoigner du fait que l'hébergé accepte sa situation et s'en sente responsable (Dubois, 1999 ; Sicot, 2001). Les hébergés mettant uniquement en avant des facteurs exogènes quant aux raisons de leur présence en centre d'hébergement sont généralement invités à remettre en question leurs propos, et à se questionner d'abord et avant tout sur eux-mêmes (Levené, 2006). Cette manière de se raconter s'inscrit plus largement dans un processus de responsabilisation des bénéficiaires de l'aide sociale (Astier, Duvoux, 2006). Ainsi, lorsque des usagers du travail social « tentent d'obtenir justice ou attribuent à l'environnement les causes de leur situation » (Sicot, 2001, p. 143), ces derniers sont considérés comme n'acceptant pas la réalité et voient leurs propos décrédibilisés. En ce qui concerne Baptiste, ses mensonges soulignent aux yeux des professionnels son déni à reconnaître ses erreurs et à travailler sur lui-même.

En outre, la présentation de soi doit contribuer à prouver « la véracité de la pauvreté » (Bouillon, 2009, p. 141). L'hébergé n'est pas censé profiter ou tirer parti de cette situation, qui n'est acceptable que lorsqu'elle est subie. Aussi, il est attendu que l'accueilli présente un discours sur lui-même dans lequel il ne se réjouit pas de sa situation. Cela suppose que la manière de se dire soit empreinte d'humilité. Baptiste dévie de cette norme puisqu'il met en avant certains signes ostentatoires, en avançant notamment avoir caché un butin quelque part. Plus encore, il est revenu à plusieurs reprises au sein du CHRS avec de nouveaux tatouages qu'il a fièrement montrés aux travailleurs sociaux. Ces derniers sont agacés par cette attitude, qu'ils qualifient d'indécente. En effet, les professionnels ne savent pas d'où lui vient cet argent pour se payer ses tatouages, et plus qu'un trésor caché, ils soupçonnent que Baptiste soit de nouveau dans des travers d'escroquerie. Outre le caractère délictueux de cet acte supposé, les professionnels sont aussi dérangés par le doute quant à la véracité de la pauvreté de Baptiste. S'il n'est pas vraiment pauvre, il prend alors la place d'une personne qui en a davantage besoin.

Cette incertitude rend particulièrement complexe l'accompagnement que mène Louise auprès de Baptiste. Aussi, elle lui propose de réaliser une demande de Revenu de solidarité

active (RSA), puis de logement social, mais il rétorque ne pas en avoir besoin et prive à nouveau Louise d'une prise pour l'accompagner. L'acceptation du besoin d'accompagnement représente un préalable pour les travailleurs sociaux, son refus venant les dessaisir de tout ce qui constitue l'aspect noble de leur travail. Avec Baptiste, les professionnels sont en effet réduits à de simples hôteliers. Les usagers du travail social ont souvent une mauvaise connaissance des fonctions des différents professionnels des institutions (Boujut, 2005), ou du moins une vision discordante de la manière dont les professionnels se perçoivent eux-mêmes. Quand les hébergés considèrent les travailleurs sociaux uniquement comme des hôteliers ou des encaisseurs¹, cela contrarie les professionnels qui s'estiment être bien plus que cela (Boujut, 2005). En ce sens, Baptiste adopte une attitude qui ne permet pas la reconnaissance du travail légitime des professionnels sociaux. À l'instar de la posture de l'assistance revendiquée analysée par Serge Paugam, Baptiste définit lui-même le contenu de la relation d'aide, en plaçant les aidants comme des pourvoyeurs de service (Paugam, 1991). Cette posture adoptée par certains hébergés pervertit la relation éducative en une relation consumériste, réduisant les professionnels à un seul rôle de dépannage matériel qu'ils estiment largement réducteur.

2. *Subvertir le travail social*

Aussi, la subversion du travail social constitue un levier dans la pathologisation de certaines situations. François Sicot a déjà montré que « sur le plan de l'interaction, le pauvre atteint de troubles mentaux est celui qui pèse sur le travail », rendant impossible l'accompagnement social, et remettant en cause les fonctionnements institutionnels (Sicot, 2001, p. 140). En ce qui concerne Baptiste, ce dernier vient notamment subvertir la norme de la distance professionnelle entre les hébergés et les travailleurs sociaux. Lorsque Marie (stagiaire ES) a débuté son stage, Baptiste lui a déclaré qu'il connaissait son nom de famille, qu'il savait des choses sur sa vie privée, car ils avaient des connaissances en commun. Par ailleurs, il a prétendu connaître des éléments personnels sur les éducateurs du CHRS, en leur affirmant les avoir trouvés sur Facebook®. Louise m'explique son ressenti : « *c'était pas méchant, mais ça nous a gonflés* ». Par ces actes, Baptiste remet en effet en question la distance classiquement établie entre les hébergés et les travailleurs sociaux. Cette frontière du privé ne semble toutefois infranchissable que par les hébergés, puisque les travailleurs sociaux ont eux-

¹ L'hébergement en CHU et en CHRS est en effet payant pour les personnes disposant de ressources financières. Les travailleurs sociaux sont parfois chargés de rappeler aux hébergés de régler leur participation, et dans certains établissements de les encaisser. Ils sont unanimement critiques sur cette fonction, qu'ils considèrent comme une entrave à la qualité de la relation éducative.

mêmes procédé à des recherches sur internet sur Baptiste, et cela ne semble pas constituer une déviance à leurs yeux. Cela rappelle une nouvelle fois combien les actes ne sont pas déviants en soi, mais le sont en fonction des personnes qui les commettent et des réactions que cela occasionne.

Les quelques échanges que j'ai pu avoir avec Baptiste donnent du sens à cette subversion des rôles à laquelle il procède par ces recherches sur internet. En effet, lui non plus, me dit ne pas apprécier le fait que de nombreuses données à son sujet circulent parmi les professionnels, sans sa permission ou qu'il n'ait lui-même livré l'information. Aussi me dit-il qu'il sait qu'on « *parle de lui* » en réunion, et m'explique ne pas comprendre cela, préférant être présent lorsqu'on évoque des éléments le concernant. La circulation d'informations personnelles, en l'absence des personnes concernées, constitue une épreuve pour les usagers des institutions, comme l'ont montré Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2002). La porte fermée d'un bureau duquel on perçoit des éclats de voix, ou les rires étouffés d'une conversation entre professionnels au réfectoire sont autant de signes pour les hébergés de la distance qui les sépare des professionnels (Bessin, Lechien, 2002). Une manière de gérer cette violence est alors de parvenir eux-mêmes à saisir des informations personnelles sur les professionnels. Il s'agit par là pour les hébergés de parvenir à personnaliser la relation (Bessin, Lechien, 2002) et ainsi à mieux la symétriser. Connaître des éléments personnels sur les personnes qui connaissent tout de sa propre intimité permet ainsi de tenir face au sentiment de dépossession de soi.

Pour autant, l'attitude de Baptiste est disqualifiée et est appréhendée comme un « rite d'insubordination » au sens d'Erving Goffman, visant à remettre en cause les rôles de chacun (Goffman, 1968 [1961]). Du point de vue des professionnels, la confusion des rôles n'est que rarement appréciée. Aussi, les hébergés « *jouant au petit chef* », ou se « *prenant pour des animateurs* » sont régulièrement repris par les professionnels. Il en va de même pour Kévin, un hébergé au CHRS des Rivières de 24 ans qui demande à Hugues, son éducateur référent, un cadeau pour son anniversaire. Ce dernier refuse, expliquant que « *c'est la famille qui fait ça* ». Par cette demande, Kévin ne respecte pas la distance socialement établie entre les professionnels et les hébergés, en y faisant intervenir des enjeux privés voire familiaux (Ion, Laval, Ravon, 2007). Hugues considère cette demande comme une provocation. Cette subversion de la distance constituera un argument important dans la traduction de la situation Kévin dans le registre de la santé mentale, Hugues expliquant qu'« *il ne comprend pas notre rôle* ». En ce sens, la personne ayant des troubles mentaux est parfois celle qui saisit mal le rôle des professionnels. Il peut aussi s'agir d'une personne qui n'évoque pas les bons problèmes aux

bonnes personnes (Sicot, 2001), ou encore qui ne « *ne cloisonne pas* », et évoque tous ses problèmes à tous les professionnels :

« C'est un monsieur où justement, ça pose question, parce que moi j'ai vu des entretiens, Catherine [ES] a pu expliquer ses entretiens, les collègues ont pu expliquer leurs échanges et Corinne [psychologue] quand elle nous dit, moi j'ai les mêmes échanges, il ne cloisonne pas, il ne faisait pas la distinction dans son discours. Tellement il était en boucle, tellement il était dans sa bulle que ce soit envers un collègue, envers la justice, envers le médical, envers la cheffe de service, peu importe, on avait un discours décousu, avec des choses qu'il ressassait, des souffrances, et en fait on sentait qu'au niveau psy il y avait un souci ».

Alicia, éducatrice technique spécialisée, 34 ans, CHRS des Rivières

Le fait qu'un hébergé répète ici les mêmes informations à différents professionnels est considéré comme un indice de ses troubles. Alors même que la connaissance des rôles des différents professionnels ne va pas de soi, cette mauvaise compréhension est sujette à être pathologisée, car elle vient semer le trouble dans l'ordre institutionnel. Aussi, la subversion du travail social – en refusant l'accompagnement, en contredisant la distance professionnelle ou encore en saisissant mal les rôles de chacun – constitue un ressort important de l'étiquetage pathologique.

En sortant quelques instants de la seule situation de Baptiste, celle d'un autre accueilli au foyer du père Virgile éclaire cette pathologisation des hébergés subvertissant les normes du travail social. À Virgile, l'hébergé « *le plus fou* » qu'ils ont accueilli dans l'établissement m'a été décrit par des professionnels différents. Hugo m'explique qu'il s'agissait d'un homme qui « *notait tout ce qu'on faisait* », et prend pour exemple une soirée où cet homme, après avoir demandé une serviette à un professionnel, avait retranscrit cette interaction dans un carnet qu'il gardait toujours sur lui. Pape me dit à un autre moment que cet accueilli passait son temps à observer et noter ce qui se passait dans l'établissement, en me précisant que cet homme venait du monde de la sécurité, et était particulièrement procédurier. Pour Pape, cet hébergé avait des troubles mentaux profonds pour se comporter de la sorte. Aline m'en parle également, et m'explique qu'il lui avait demandé les règles précises pour accéder aux chambres individuelles présentes au foyer du père Virgile, pour lesquelles les hébergés possèdent leur propre clé. Le passage dans ces chambres est flou dans l'institution, y compris pour les professionnels. Cet homme, « *le plus fou* » que l'institution ait connu mettait alors en mots – et par écrit – certaines failles des fonctionnements institutionnels qui d'ordinaire sont tenus au silence (Chauvin,

2010). Aussi, l'étiquetage pathologique trouve un de ses fondements lorsqu'un hébergé rend dicible ce qui habituellement ne l'est pas.

Dans cette dernière situation, comme dans celle de Baptiste, les hébergés adoptent une posture de défiance vis-à-vis de l'institution. Ces attitudes peuvent se rapprocher de la posture d'intransigeance développée par Erving Goffman, celle-ci se manifestant par le refus de collaborer avec le personnel (Goffman, 1968 [1961]). Pascale Pichon a également décrit ces hébergés comme étant des « gêneurs », contredisant régulièrement le travail accompli dans ces établissements, au risque d'en être exclus (Pichon, 1996). Ici, je rajoute que la condamnation morale à laquelle ces gêneurs sont soumis ne se résume pas uniquement à l'exclusion, elle peut également conduire à l'étiquetage pathologique.

En effet, la situation de Baptiste va définitivement basculer dans le registre de la santé mentale. J'assiste à une conversation entre Louise et une éducatrice technique spécialisée, Marielle. Louise lui confie qu'elle se sent démunie dans l'accompagnement de Baptiste, ce que Marielle peine à comprendre : « *Je comprends qu'il soit pénible, mais j'ai du mal à comprendre où ça bloque : c'est complètement patho* ». Marielle poursuit en expliquant que son refus d'aide n'est qu'une façade, étant donné qu'il s'agit, selon elle, d'un trouble mental. « *Il a juste besoin d'être accompagné en fait* », ajoute-t-elle. Si Baptiste nie avoir besoin d'aide, ce n'est selon Marielle que le symptôme de son trouble plus profond pour lequel il nécessite d'être accompagné. Louise se voit alors confortée dans ses doutes sur l'origine pathologique des déviances de Baptiste.

En réunion d'équipe la semaine qui suit, la situation de Baptiste est longuement discutée. Au début de la conversation, la cheffe de service et d'autres éducateurs expliquent qu'ils souhaitent le confronter à ses mensonges, en lui mettant sous les yeux ses incohérences : « *puisque'il dit avoir de l'argent quelque part, on va le prendre au mot et lui demander de partir. On va voir comment il va réagir* », dit un professionnel. Cette position d'agacement est renforcée par leur sentiment que taire leurs doutes quant à ses agissements reviendrait d'une certaine manière à les cautionner. Cette partie des professionnels, constituant la majorité de l'équipe, s'oppose ainsi à une lecture pathologique de la situation de Baptiste, estimant ce dernier tout à fait responsable de ses actes.

Louise, Marielle et la psychologue du service vont alors argumenter de longues minutes pour contredire cette appréhension de la situation de Baptiste. La psychologue explique ainsi qu'à son sens, le mettre face à ses incohérences pourrait être trop violent : elle craint un

« *effondrement psychique* ». Louise et Marielle exposent ensuite combien Baptiste est avant tout un « *cas psy* », ce qui nécessite de mettre l'accompagnement de ses troubles au premier plan. Dans le discours de Louise et Marielle, l'agacement que suscitait Baptiste laisse place à un ressenti plus empathique. Louise explique que ses mensonges ne seraient pas intentionnels, ils seraient « *plus forts que lui* ». À la suite de leurs interventions, l'ensemble de l'équipe se dit convaincue par cette interprétation. Il est alors acté que l'accompagnement de Baptiste s'oriente vers des soins psychologiques. Si les professionnels sont régulièrement en désaccord sur leur vision des cas, les réunions hebdomadaires visent ainsi à stabiliser collectivement la façon de percevoir les hébergés.

Identifier des raisons pathologiques aux agissements difficilement supportables d'un hébergé conduit vraisemblablement à mieux les accepter pour les professionnels. La pathologisation constitue en cela une stratégie professionnelle, permettant de tenir face à la difficulté que constituent certains accompagnements sociaux (Giuliani, 2013). Il n'est d'ailleurs pas anodin que ce soit Louise, la référente de Baptiste, qui contribue fortement à la traduction de sa situation dans le registre pathologique. Étant directement confrontée à l'impuissance dans son travail – davantage que ses collègues qui ne sont pas référents de Baptiste –, elle recourt au levier pathologique comme un ultime registre de son travail d'accompagnement¹.

3. *Des socialisations différenciées au rôle social d'hébergé*

L'étude des ressorts de la pathologisation de la situation de Baptiste souligne en creux les attendus quant au rôle social d'hébergé. Se montrer authentique, accepter la réalité de sa situation et s'en sentir responsable, accepter l'accompagnement proposé ou encore ne pas bouleverser l'ordonnancement des rôles institutionnels apparaissent comme des normes implicites dont la déviance peut faire l'objet de condamnations, particulièrement lorsque celles-ci se conjuguent. Il reste que ces normes silencieuses ne se donnent pas d'elles-mêmes, et procèdent d'un apprentissage. En cela, il s'avère que ce sont plus souvent les hébergés récemment arrivés dans l'établissement qui se voient étiquetés dans le registre pathologique. Cela s'explique principalement parce que la connaissance des attendus implicites du rôle social d'hébergé nécessite une socialisation. Erving Goffman évoque cet apprentissage par le fait de « s'y faire », soit par l'adoption progressive d'une nouvelle attitude conforme avec le rôle qui est socialement attendu de lui : « son destin tend, dans ses grandes lignes, à s'aligner sur celui

¹ Ce point sera abordé davantage au chapitre suivant.

des gens que l'on trouve dans tous les établissements de réclusion », note-t-il (Goffman, 1968 [1961], p. 202). Un hébergé rencontré s'exprime sur cet apprentissage en disant « *j'ai pris mes marques* ». Les professionnels de ces établissements ont toutefois tendance à euphémiser cette dimension d'apprentissage en considérant l'adoption d'une posture conforme d'hébergé comme allant de soi.

Bryan est un de ces hébergés habitués aux fonctionnements du travail social. Je rencontre Bryan au foyer du père Virgile alors qu'il a 19 ans. Après être resté plus d'un an dans le centre d'hébergement d'urgence, il est orienté au sein du CHRS d'insertion des Rivières, sur lequel je le retrouve ensuite. J'ai donc pu observer l'appréhension de la situation de Bryan par deux équipes différentes, et celle-ci n'a jamais été envisagée dans le registre pathologique, alors même que dans le passé, le jeune homme a été suivi par des psychiatres pour des troubles du comportement et a pris des traitements pendant de nombreuses années. La fine connaissance de Bryan des institutions du travail social, et *in fine* du rôle social attendu de lui semble le prémunir en partie de cet étiquetage pathologique. À neuf mois, Bryan est placé en famille d'accueil, et ce jusqu'à ses 16 ans. Il grandit au contact de la protection de l'enfance et est socialisé dès son plus jeune âge au travail des éducateurs. À 13 ans, un suivi par un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) pour ses troubles du comportement se rajoute à son parcours institutionnel. À 16 ans, il est renvoyé de sa famille d'accueil pour un vol qu'il a commis dans la famille. Il est accueilli dans une structure d'accueil d'urgence pour adolescents, puis est hébergé en semi-autonomie, et dispose ainsi d'un appartement en colocation avec d'autres jeunes accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Passé 18 ans, Bryan ne peut plus continuer à être accompagné par l'ASE et se retrouve à alterner les nuits à la rue, en squat et au sein de dispositifs d'urgence. Cette période dure neuf mois, puis il est accueilli durablement au sein du foyer du père Virgile, « *la veille de mon [son] anniversaire* » comme il me le précise en entretien. Accompagné à la fois par la protection de l'enfance et le milieu du handicap (ITEP) pendant de nombreuses années, Bryan a été largement socialisé aux institutions du travail social.

Mes observations et échanges avec lui l'ont en outre confirmé : présente lors de l'arrivée de Bryan au sein du foyer du père Virgile, j'ai pu constater sa rapide intégration à l'établissement. Quelques semaines après son arrivée, il se promène avec des chaussons dans l'établissement. L'interrogeant une année plus tard en entretien, alors qu'il est désormais au CHRS des Rivières, il évoque cette adaptation aux institutions du travail social :

« Ça fait ouais neuf mois que je suis là c'est normal quoi [de se sentir chez soi en CHRS], on prend une habitude. Vivre en communauté, je fais ça depuis que j'ai 13 ans, donc ça ne me fait plus rien ».

Bryan, 20 ans, hébergé à Virgile puis au CHRS des Rivières

Habitué aux fonctionnements institutionnels, Bryan a également une fine connaissance du rôle des professionnels et de ce qui est attendu de lui. C'est lui qui s'est notamment mis à fumer devant moi dans l'établissement, comme je l'ai expliqué dans le premier chapitre. Son hésitation de départ à fumer en ma présence, le fait de me parler ensuite de ses consommations de cannabis, puis la confiance progressive qu'il m'a accordée, montrent en creux sa connaissance des interdits au sein de l'établissement. Ces comportements observés uniquement en l'absence de professionnels permettent de comprendre qu'il s'agit d'adaptations secondaires à l'institution (Goffman, 1968 [1961]) dont Bryan a intégré qu'elles devaient rester officieuses. En ce sens, il a également appris à savoir ce qu'il convient ou non de dire aux professionnels :

« Je sais que les professionnels ça restera vraiment dans le cadre du travail, ils n'iront pas en parler à droite à gauche, là-dessus je sais que je peux avoir confiance. Après sur d'autres trucs, je sais qu'il vaut mieux rien dire ».

Bryan, 20 ans, hébergé à Virgile puis au CHRS des Rivières

Si l'injonction à l'authenticité prévaut au sein des centres d'hébergement, tout n'est pas dicible. Il ne s'agit pas tant d'être authentique que de « créer artificiellement les conditions de l'authenticité, et en partie désapprendre à être "honnête" », comme l'indique Muriel Darmon (2015 [2013], p. 257). Sans mentir, il s'agit de sélectionner ce qu'il convient de dire ou de ne pas divulguer aux professionnels. Cette sélection des informations dicibles procède d'une certaine maîtrise des codes implicites du milieu. Ces connaissances dont dispose Bryan le rapprochent de la posture de « fréquentation régulière » développée par Isabelle Parizot (2003). Ce comportement, pouvant uniquement être adopté après une période d'apprentissage, lui permet de connaître les normes et habitudes du milieu et d'y être assez à l'aise « pour contourner à son avantage les "règles du jeu" » (Parizot, 2003, p. 112). Bryan constitue en cela un « client conforme » à l'institution (Cartier, 2005), cela se fondant principalement sur le fait qu'il est préparé à ce rôle par une socialisation ancienne aux institutions du travail social. J'émetts alors l'hypothèse que les hébergés les plus socialisés au travail social et à ses normes implicites sont ceux qui parviennent le plus à échapper à une pathologisation de leur situation. En retour, les usagers les moins socialisés au travail social sont plus enclins à voir leur situation traduite dans le registre de la santé mentale.

La sociologie interactionniste a ouvert la voie à l'étude des processus sociaux d'étiquetage, mais ces approches ont peu tenu compte des rapports sociaux qui y procèdent. Muriel Darmon démontre cependant l'intérêt d'adosser une réflexion sur les origines sociales, réelles ou présumées, de ces usagers qui posent problème (Darmon, 2008 [2003]). Sans conteste, les sans-abri sont majoritairement issus des franges basses des classes populaires (Gaboriau, 1993 ; Besozzi, 2020). Toutefois, cela ne doit pas empêcher l'analyse de l'hétérogénéité de cette population. La catégorie des sans-abri regroupe en partie arbitrairement des personnes aux trajectoires sociales différentes (Soulié, 1997). Certaines sont issues de familles bénéficiaires de l'aide sociale depuis plusieurs générations, quand d'autres sont les premières à en être usagères. En l'occurrence, celles et ceux qui ont eu une vie sociale éloignée des dispositifs d'aide sociale sont généralement les hébergés qui s'avèrent être les plus difficiles pour les professionnels. Nicolas Duvoux indique en cela que : « les individus les plus dotés de capitaux sociaux sont dépourvus des repères et codes de la pauvreté qu'ils doivent mobiliser à des travailleurs sociaux qu'ils rencontrent et ne peuvent accepter l'image d'eux-mêmes négative à laquelle ni leur socialisation primaire ni leur socialisation secondaire ne les a préparés » (Duvoux, 2009, p. 21).

Arnold constitue un de ces hébergés considéré comme disposant de capitaux. Il est hébergé à la SRAS depuis quelques semaines et est rapidement considéré comme un « cas psy ». Quelques jours après son arrivée, après avoir taché sa chemise, il a affirmé souhaiter que son vêtement ne soit pas mélangé dans la machine à laver avec le linge d'autres accueillis. Les travailleurs sociaux ont alors réagi à cette situation en le décrivant comme quelqu'un de « *vraiment dur* » et qui, venant de l'hôpital psychiatrique, pourrait bien y être renvoyé s'il ne se conformait pas à la vie en collectivité. Vincent Dubois a déjà montré que les bénéficiaires de la caisse d'allocations familiales (CAF) montrant des signes de supériorité faisaient souvent l'objet d'une condamnation morale par les professionnels (Dubois, 1999). Il s'avère en effet que les hébergés qui revendiquent une différence, voire une exceptionnalité (Darmon, 2008 [2003]) vis-à-vis des autres courent le risque d'être pathologisés. Cela montre à nouveau que les hébergés sont tenus de se conformer au groupe social auquel l'institution les rattache.

En outre, quelques semaines après son arrivée, Arnold a eu une altercation avec Adama, moniteur-éducateur, au sujet de la télévision du réfectoire. Arnold souhaitait l'allumer durant le repas, alors qu'Adama préférait mettre de la musique. Arnold s'est permis de changer l'animation de la soirée, ce qui a entraîné une vive altercation avec Adama, qui l'a conduit à exclure Arnold du réfectoire. Face à cette exclusion, Arnold a fait le choix d'appeler la police

afin de leur expliquer la situation. Le fait qu'il ait appelé la police agace les travailleurs sociaux : « *Ah bah ça le représente bien !* » dit un éducateur. Faire appel à un tiers pour régler une situation conflictuelle remet en effet en question l'autorité des professionnels. Le fait de faire appel aux services de police lors de situations conflictuelles est valorisé par les travailleurs sociaux, lorsque cela ne les implique pas. Ce signe d'autonomie est cependant largement déprécié lorsqu'il s'exprime contre l'institution et ses professionnels, soulignant une des dimensions paradoxales de l'injonction à l'autonomie formulée aux bénéficiaires du travail social (Duvoux, 2009). Face à cet hébergé ne respectant pas le rôle socialement attendu de lui, les professionnels ont très largement recouru à un registre psychologisant, Arnold devant rencontrer l'infirmière de l'EMPP la semaine suivante « *sans faute !* », tel que l'information est reportée dans le cahier de liaison. La situation d'Arnold se voit ainsi rapidement confirmée comme relevant du registre pathologique.

Ayant rencontré Arnold en entretien, il m'explique avoir réalisé toute sa carrière « *dans le secteur financier* ». Il précise : « *j'étais, alors, avant on appelait ça employé de banque quand j'ai commencé, et à la fin on appelait ça technicien bancaire.* ». Durant l'entretien, Arnold n'expose aucune forme de socialisation au travail social et explique avoir connu un déclassement relativement rapide : il a subi une grave dépression suite au décès de sa mère, qui l'a conduit à être licencié puis à quitter son logement et enfin à solliciter l'hébergement social. Outre son insertion professionnelle, Arnold m'explique avoir eu de nombreux loisirs et investissements associatifs, notamment dans le modélisme ferroviaire où il était « *leader, l'animateur de l'association* ». Cette insertion sociale dans le passé peut constituer une piste explicative de sa non-adhésion au rôle social d'hébergé. Il exprime d'ailleurs lui-même plusieurs fois durant l'entretien sa distance avec les autres hébergés :

« Vous voyez bien, les résidents, point de vue communication, j'allais dire point de vue discussion... on se rend bien compte qu'il y a pas mal de gens qui sont handicapés, et bon, point de vue, comment ça s'appelle, QI [quotient intellectuel] c'est pas évident [...] Pour moi, c'est pas trop grave, c'est pour ça que j'ai marqué dans mon dossier, quand j'ai fait mon dossier pour ici, vous avez un dossier sur tous les renseignements sur votre parcours, votre parcours professionnel, ainsi de suite, et à la fin de votre dossier vous avez un petit espace, un paragraphe où vous expliquez un peu le pourquoi de votre demande et les projets que vous projetez, et donc moi ce que j'ai marqué c'est que bon, pour moi ici c'était un tremplin, pour partir dans le monde normal comme j'avais auparavant ».

Arnold, 63 ans, hébergé au CHRS de la SRAS

Arnold exprime dans cet extrait une double mise à distance : intellectuelle d'abord, vis-à-vis des autres hébergés, puis plus largement vis-à-vis du monde de l'assistance, qu'il oppose au « *monde normal* » auquel il estime qu'il appartenait. Arnold résiste comme Baptiste à cette nouvelle identité dégradée que l'institution lui propose. Il semble ainsi que plus le déclassement social est important pour les hébergés, plus il est complexe pour ces derniers de se conformer au rôle d'hébergé qui est attendu d'eux. Arnold semble éprouver ce que Vincent de Gaulejac nomme une « névrose de classe » (De Gaulejac, 1987), ressentant un décalage douloureux entre sa propre perception de sa position dans l'espace social et celle, tout à fait différente, que lui renvoie son statut d'hébergé.

Pour les travailleurs sociaux, ces hébergés qui sont considérés comme disposant de plus de capitaux que les autres sont souvent appréhendés comme les plus difficiles à accompagner. Vincent Dubois indique que les personnes les plus aisées au guichet de la CAF sont celles qui sont les plus mal vues, car ces situations perturbent les rapports de classes aux fondements de l'institution (Dubois, 1999). Au sein des centres d'hébergement, il s'avère également que ces hébergés qui sont considérés comme les moins précaires fragilisent la frontière de classe qui maintient ordinairement la distance entre les professionnels et les hébergés. L'accompagnement de ces hébergés constitue une épreuve de professionnalité (Ravon, Vidal-Naquet, 2018) dans la mesure où il s'agit de ceux avec lesquels ils sont le plus proches socialement. Cette proximité n'est en aucun cas facilitante pour le travail, car elle met le doigt sur une fragilité présumée de ce qui sépare les professionnels des hébergés (Maurin, 2009). Bien qu'ils euphémisent par moment la distance de classe qui les distancie des hébergés, il reste que leur travail s'accomplit le mieux avec ceux qui sont les plus éloignés d'eux socialement.

En outre, c'est peut-être parce que ces déclassements soudains paraissent socialement illogiques qu'ils se voient pathologisés. La maladie mentale intervient en cela comme une raison intelligible du déclassement social. Le recours à l'argument du trouble mental permet pour les travailleurs sociaux de réintroduire une distance entre eux et ces hébergés, en rationalisant ce déclassement par la présence de ces troubles.

Mais enfin, il faut souligner que le registre « psy » n'est pas qu'une condamnation morale stigmatisante. S'il s'agit bien d'une manière de gérer les déviances au sein du monde de l'assistance, il faut aussi décentrer ce point de vue situé en considérant ce registre psychologique dans ce qu'il a de mélioratif, permettant d'échapper à certaines condamnations. En ce sens, les « cas psy » sont moins souvent exclus des centres d'hébergement que les autres, n'étant pas estimés totalement responsables de leurs actes. De surcroît, ce registre psy constitue

aussi un droit aux soins psychologiques face auquel les différents hébergés s'avèrent donc inégaux. Aaron Cicourel montre qu'au sein de la justice des mineurs, le registre psychologique est avant tout réservé aux délinquants favorisés (Cicourel, 2018 [1968]). Au regard de l'analyse avancée dans cette partie, la frange des sans-abri les plus dotés en capitaux semble être celle qui accède aux soins psychologiques, quand d'autres y sont davantage tenus à distance.

IV. La pathologisation au prisme du genre

Cette dernière partie de chapitre va poursuivre l'analyse des processus d'étiquetage en la reliant à la question des rapports sociaux. Il va ainsi s'agir de prendre l'angle du genre pour appréhender les ressorts sociaux de la pathologisation tout en le conjuguant aux rapports sociaux d'âge et de race. Le recours à l'intersectionnalité permet de tenir compte du fait que l'étiquetage pathologique ne procède pas seulement de l'identification d'un comportement déviant, indifféremment de son auteur, un même comportement ayant des chances d'être différemment interprété selon les appartenances sociales de la personne déviante.

1. Réguler les masculinités déviantes

Le monde de l'assistance est un univers majoritairement masculin, comme peut l'être l'univers carcéral (Bessin, Lechien, 2002). Les hébergés mettent continuellement en avant des caractéristiques viriles, tenant à la sportivité, à la capacité d'endurance et de résistance, ou encore en faisant référence à l'univers militaire et carcéral (Coulomb, 2018). Les atteintes au corps sont ainsi souvent mises en avant, par le biais de tatouages, de cicatrices et même de plaies (Coulomb, 2018). Les univers non mixtes, comme le sont les centres d'hébergement d'Envol, ont tendance à favoriser le surinvestissement des rôles sexués, car cela réassure les identités de genre dans un contexte où l'autre sexe est majoritairement absent (Bessin, Lechien, 2002). Si certains codes masculins sont acceptés et font même partie intégrante de la vie en centres d'hébergement, cette norme viriliste implique également des écarts à la norme. En l'occurrence, la violence physique et verbale, mais aussi les corps perçus comme trop menaçants, constituent des limites à cette norme de virilité parfois condamnée dans le registre pathologique.

La notion de danger, de violence et d'agressivité, pour autrui ou pour soi-même, est particulièrement déterminante dans l'orientation vers la psychiatrie (Sicot, 2001). Lorsque les professionnels évoquent la bizarrerie et l'étrangeté d'un comportement, il est fréquent qu'ils évoquent des éléments faisant intervenir le registre de la violence et de la force physique. Au

sein du foyer du père Virgile, un hébergé, Dimitri, est présent depuis quelques jours. Il est considéré comme particulièrement étrange pour les professionnels, par ses propos et ses rires inappropriés. Lorsque sa situation est évoquée au briefing, Dimitri est décrit comme « *grand et large* » et comme étant un « *ancien boxeur* ». Un éducateur dit avoir entendu qu'il avait laissé quelqu'un pour mort dans un autre établissement. Un psychologue, présent lors de cet échange professionnel, indique qu'il a été hospitalisé en psychiatrie et qu'il y a « *foutu le bazar* ». Il conseille alors aux éducateurs de « *faire attention* ». Si la violence de Dimitri, originaire des pays de l'Est, n'est pas constatée directement par les professionnels concernés, une forte présomption de violence pèse sur cet homme. Sa carrure, son passé sportif et son hospitalisation en psychiatrie constituent des éléments forts qui fondent l'inquiétude des professionnels, au point qu'ils s'interrogent sur le fait de l'hospitaliser contre sa volonté.

Le chef de service du foyer du père Virgile m'explique toutefois que si Dimitri est pour lui tout à fait étrange et qu'il nécessite incontestablement des soins psychologiques, il considère cette hospitalisation à la demande d'un tiers comme étant prématurée :

« Monsieur Petrov [Dimitri], il fait peur à tout le monde, il est impressionnant, il a dit des choses bizarres, il inquiète parce qu'on connaît son passé, on sait qu'il a démonté quelqu'un dans une structure d'accueil, il l'a laissé pour mort potentiellement, c'est un ancien boxeur professionnel, enfin voilà. Je vais pas demander à mes collègues d'aller au carton avec ce gars-là. Potentiellement il est dangereux, dans la force qu'il a en lui, et les bizarreries qu'il a dans la tête. Donc on en alerte les psychologues, psychiatres, pour dire lui ça serait bien que vous le voyiez quand même. [...] Mais à la limite, s'il reste comme ça, il n'y a pas lieu de l'emmener à l'hôpital. Après nous ce qu'on lui a dit c'est qu'il va quand même devoir aller voir un médecin pour en parler, mais au jour d'aujourd'hui je ne signerai pas une demande de tiers pour ce gars-là.

Chloé : Mais la question a été posée quand même ?

Oui et mes collègues me la posent aussi : « *pourquoi vous le faites pas ?* ». Mais attends je vais pas l'hospitaliser le premier. Lui c'est parce qu'il est grand et costaud, mais un petit comme ça, qui leur casse les pieds et qui se prend pour Spiderman, ils ne vont pas me dire qu'il faut faire une demande de tiers ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Harold souligne lui-même que la force physique de cet homme représente un argument qui pourrait précipiter son hospitalisation en psychiatrie. La présomption de violence, adossée à un ethos corporel viriliste, constituent des éléments importants dans la traduction de sa situation dans le registre de la santé mentale. François Sicot a déjà montré que la violence était

un élément majeur au fondement de l'adhésion au registre pathologique (Sicot, 2001). En complément, l'enquête qualitative menée ici souligne que la violence n'a pas besoin d'être directement constatée pour agir comme un élément probant des troubles « psy ».

Qu'elle soit réelle ou présumée, la violence est considérée comme tout à fait irrationnelle pour les professionnels. J'ai pu le constater à travers la situation de Joseph à plusieurs reprises. Joseph est un hébergé de 47 ans, présent régulièrement au foyer du père Virgile (FPV), mais n'étant pas stabilisé dans l'établissement. Il doit faire des « mises à l'abri » tous les trois jours environ, *via* un service social situé à l'autre bout de la ville. Il ne dispose pas d'une place stable, mais Joseph est néanmoins régulièrement « facilité¹ », notamment car ce dernier présente différentes pathologies et se déplace avec une canne. Un soir de décembre, il entre parmi les premiers au FPV à 17h30. Je suis dans le hall et observe la scène à quelques mètres de l'interaction :

Pape [ND], derrière le plexiglas de la cabine d'accueil, salue Joseph et lui explique qu'il n'a pas de place pour ce soir. Joseph lui dit qu'en effet, ce soir il n'a pas de mise à l'abri, car il y a eu un problème avec son assistante sociale. Pape et Vanessa [ES] lui expliquent que malheureusement, il ne peut pas être facilité ce soir, car il n'est pas le seul à avoir besoin d'être accueilli. Ils expliquent qu'il y a de nombreuses personnes qui dorment chaque soir à la rue, et qu'il est nécessaire de « *tourner entre les personnes facilitées* ». Joseph se met alors en colère et crie qu'il ne trouve pas ça normal. Il ajoute qu'il est malade, fatigué et sans-papier depuis 10 ans. Il dit ensuite qu'il ne peut aller nulle part ailleurs avec sa canne au vu du peu d'établissements ayant des chambres au rez-de-chaussée et qu'il ne peut pas dormir dehors à cause de sa maladie. Ne laissant plus la place à la parole des éducateurs, Joseph évoque un dernier argument en expliquant être arrivé le premier à la porte du foyer.

Extrait des notes d'observation, jeudi 20 décembre 2018

La règle du premier arrivé n'opère plus depuis longtemps dans les centres d'hébergement. Néanmoins, Joseph mobilise cet argument historique comme ultime recours. Agacés, et sans doute un peu surpris de la démonstration argumentée et criarde de Joseph, Vanessa et Pape le laisseront passer d'un mouvement de tête qu'ils accompagneront d'une phrase lui disant que cela ne sera pas tous les soirs pareil, car il y a de nombreuses personnes dans la même situation que lui. Outre cette situation précise, j'ai assisté à d'autres interactions

¹ Cette expression signifie qu'une place d'hébergement d'urgence est accordée (ponctuellement ou durablement) à un hébergé sans qu'il ne soit passé par la procédure d'hébergement officielle. Plus de détails seront apportés au chapitre 10.

de ce registre avec Joseph. Plusieurs fois, ce dernier s'est montré virulent verbalement lorsqu'un professionnel lui refusait quelque chose. Joseph, dans sa colère, a alors toujours renvoyé la singularité de sa situation « *je suis malade* », « *je ne peux pas attendre* », « *vous devez comprendre ma situation* », a-t-il pu ainsi dire. Parallèlement, les professionnels ont chaque fois recouru à l'argument que Joseph n'était pas le seul à avoir des besoins spécifiques au sein de l'établissement. Pour ces raisons, il est considéré comme un hébergé relativement pénible par les professionnels, par son exigence et sa personnalité colérique.

À mesure que ces interactions se sont produites, Joseph a commencé à être appréhendé comme un « cas psy ». En effet, Pape me dira quelques jours plus tard qu'il « *aurait bien quelque chose* » selon lui. La violence, verbale ou physique, parce qu'elle est intolérable et insupportable pour les professionnels, s'oriente régulièrement vers des interprétations pathologiques. En l'occurrence, il sera proposé à Joseph de discuter avec le psychologue qui vient dans l'établissement. Le refus que formulera Joseph face à cette proposition ne viendra que confirmer, aux yeux des professionnels, les troubles de sa santé mentale.

En s'intéressant aux propos de Joseph sur son propre comportement, il s'avère toutefois que cette colère s'inscrit dans un processus rationnel, marqué à la fois par la crainte du rejet et l'affirmation de sa singularité :

« C'est pas un manque de respect, mais moi je me défends aussi, je fais des efforts pour me maintenir, pour que je reste [au FPV], parce que si je ne parle pas, il va me repousser [le travailleur social]. Il vaut mieux que je parle [...]. Donc à chaque fois qu'il y a quelque chose que je vois qui va dans le sens négatif avec moi, avec tous les échecs que j'ai subis ici, j'essaie de me défendre, même par la force, de rentrer dedans. Je me défends. De dire "*laissez-moi ici s'il vous plaît*", mais il faut que je parle. Le jour-là j'ai dit à Pape : "*mais tu vas m'orienter où ?*" Ça fait 10 ans que je suis ici, donc je connais, je connais tous les foyers, j'ai fait les Peupliers, on m'a dit qu'au rez-de-chaussée il n'y a pas de place, moi je ne monte pas les escaliers. On m'a dit c'est seulement Virgile qui peut m'accueillir. Tu vas m'orienter où ? C'est pour dire : "*laisse-moi tranquille, laisse-moi tranquille. Laisse-moi s'il te plaît*" ».

Joseph, 47 ans, hébergé à Virgile

Joseph exprime la nécessité qu'il éprouve de s'affirmer. S'il ne dit rien, il craint d'être repoussé. Aussi, hausser le ton, voire crier, constitue une manière d'imposer sa prise en compte. Ayant conscience que la manière dont il s'exprime peut être condamnée, il considère néanmoins qu'il « *vaut mieux* » parler et essayer de faire valoir sa singularité. Ce sont d'ailleurs des résultats que plusieurs sociologues ont analysés en traitant de la violence des classes populaires

et des sans-abri (Dubois, 1999 ; Lanzarini, 2000). La violence peut être analysée comme une manière d'exister et de s'affirmer en dehors de catégories administratives aliénantes (Dubois, 1999). C'est bien là que semble se situer la colère de Joseph : il impose par celle-ci d'être considéré, et insiste pour être quelqu'un de singulier dans cet univers qui lui renvoie en permanence le fait qu'il n'est qu'un parmi d'autres.

Pour les professionnels des centres d'hébergement, cette violence ne s'inscrit toutefois pas dans un cadre rationnel, et se voit donc condamnée en étant pathologisée. La colère prive en effet les professionnels de ce qui constitue pour eux le vrai et le beau travail : la communication et l'échange constructif dans un cadre apaisé. De plus, la colère et les propos de Joseph vis-à-vis d'eux redoublent de violence pour les professionnels, car elle ne les confronte pas à des hurlements dénués de sens, mais bien à une limite majeure de leur travail, qui est celle de la saturation des dispositifs. Loin de se satisfaire de cette réalité, l'impossibilité d'accueillir tous les demandeurs constitue une épreuve de professionnalité constante pour les travailleurs sociaux (Ravon, Vidal-Naquet, 2018). La colère de Joseph met alors au premier plan ce qu'il y a de plus intolérable dans leur travail : laisser des personnes vulnérables dormir dehors. Pathologiser cette colère vient ainsi la dépolitiser en lui donnant un autre registre interprétatif que celui d'une réalité amère.

La pathologisation de la violence, réelle ou présumée, concerne avant tout les hommes. L'étiquetage pathologique permet d'analyser les formes de masculinité attendues et celles qui sont déviantes (Connell, 1993 ; Vuattoux, 2019). Les centres d'hébergement constituent en cela des univers de régulation des masculinités. Les propos sexistes y sont ainsi particulièrement sanctionnés. Charlotte, éducatrice spécialisée, explique un matin au briefing avoir ouvert la porte à un hébergé qui lui a lancé « *fucking women* ». Le chef de service et son collègue présent lui ont confirmé l'intérêt de rédiger un rapport d'incident et de proposer une sanction lourde pour cet hébergé. Cette dernière proposera une exclusion de quelques jours qui sera acceptée par les chefs de service.

Mais outre la régulation de cet univers masculiniste, les professionnels qui exercent au sein du monde de l'assistance contribuent également à sa production. Les repas, pris entre l'ensemble des professionnels présents la journée, sont des moments de réassurance de cet ethos viriliste. Discussions sur des vidéos pornographiques, sur les tueurs en série ou encore sur les pires expériences de travail – soulignant toujours l'héroïcité du professionnel – sont souvent de mise, comme je l'ai évoqué au chapitre précédent. En outre, si l'usage de la force physique est devenu bien plus rare dans les centres d'hébergement, il continue quelquefois d'être mobilisé

par les travailleurs sociaux. Cet usage de la force et parfois même de la violence, lorsqu'il est du fait des professionnels, n'est toutefois jamais appréhendé dans le registre pathologique. Un soir particulièrement bruyant au foyer du père Virgile, l'ambiance est tout à fait pesante. Les professionnels ont déjà appelé les pompiers pour un hébergé ayant fait un malaise et arbitré de nombreuses tensions. Je vois un travailleur social rentrer dans l'établissement le teint livide. Je lui demande comment il va. Il m'explique qu'il vient d'avoir un problème avec un hébergé qui l'a pris par le col. En réaction, il me dit l'avoir sorti violemment de l'établissement et qu'il déteste faire cela. En l'expliquant ainsi, ce professionnel témoigne du fait que ces pratiques violentes sont désormais unanimement appréhendées comme des erreurs professionnelles. Si ces pratiques sont rares et regrettées, elles ne sont toutefois jamais envisagées à travers le prisme de la pathologie, contrairement à celles des hébergés. La violence n'a donc par essence rien de pathologique, puisque l'acte de violence en lui-même est insuffisant pour saisir l'appréhension qui en est faite par les acteurs. Selon la personne qui recourt à la violence, mais également selon le destinataire, la réaction sociale à ce comportement diffère.

Cette attention au traitement pathologique de la violence permet de saisir combien l'appréhension des hébergés s'inscrit dans un ordre social genré (Connell, 1993 ; Vuattoux, 2019). Outre un ordre de genre, on peut supposer que cette pathologisation de la violence, réelle ou présumée, s'inscrit également dans des rapports sociaux de race. L'assignation pathologique des hébergés racisés au prisme de l'enjeu de la violence laisse entrevoir une représentation sociale des corps racisés comme étant potentiellement agressifs. Au sujet de Dimitri, le fait qu'il vienne des pays de l'Est conforte le soupçon de violence qui l'entoure. Des hébergés non racisés sont assurément considérés comme des « cas psy », comme Baptiste par exemple. Il reste que malgré la taille et la carrure impressionnantes de Baptiste, le registre de la menace physique n'est jamais mobilisé le concernant. Je pose alors l'hypothèse que l'argument de la violence, sans être réservé aux hébergés non-blancs, constitue un ressort privilégié de la traduction des situations des hommes racisés dans le registre pathologique. Aussi, les seuls comportements, pris isolément des rapports sociaux dans lesquels ils s'inscrivent, ne permettent pas de saisir la traduction de ces situations dans le registre pathologique.

2. Conjugalité, sexualité et maternité déviantes : la pathologisation au féminin

Les femmes sont elles aussi sujettes à certaines formes de pathologisation. Ce n'est alors pas la violence qui constitue un ressort de l'étiquetage pathologique, mais les questions de

maternité, de sexualité et de conjugalité. Ces arguments, tenant à l'intimité des femmes, sont mobilisés comme recevables dans la détermination du caractère pathologique des hébergées.

Au sein du centre d'hébergement pour femmes, de nombreuses femmes accueillies sont victimes de violences conjugales. Toutes ne sont pas considérées comme des « cas psy », mais à l'observation, celles qui ont subi des violences par des hommes différents, ou qui ont renoué des contacts avec leur agresseur s'avèrent souvent considérées comme telles. Ces comportements sont appréhendés comme irrationnels pour les professionnelles¹, ce qui les conduit à cette interprétation pathologique. C'est le cas d'Angélique, une hébergée de 43 ans. Juste avant que je ne commence les observations au sein du centre d'hébergement, elle a été séquestrée par son ex-compagnon, avec une co-hébergée. Angélique est parvenue à prévenir le centre d'hébergement, qui a alors fait intervenir la police. Lorsque je le rencontre, elle a des blessures et des hématomes au visage. Cependant, loin de susciter l'empathie à laquelle je m'attendais, les professionnelles parlent d'Angélique dans le registre de l'agacement. En effet, plusieurs professionnelles m'ont expliqué qu'elle se retrouvait régulièrement dans ce genre de situation. Une éducatrice me dit qu'« *il faudrait vraiment qu'elle voie un psy, car ça fait plusieurs fois qu'elle se fait taper par des gars différents* ». La récurrence de la situation conduit les professionnelles à responsabiliser Angélique des actes dont elle est victime. De surcroît, les travailleuses sociales, comme l'infirmière, ont la sensation qu'Angélique les « *mène en bateau* ». Elle rentre tard et découche régulièrement du centre d'hébergement, alors que c'est interdit. Peu de temps après le début de mes observations, Angélique s'est fait mordre par un chien. Les professionnelles m'ont alors indiqué qu'à leur sens, cela tenait à ses mauvaises fréquentations, côtoyant des hommes sans-abri – de Virgile notamment – ayant sur elle une influence négative. Ces fréquentations la conduisent alors, selon les professionnelles, à se « *clochardiser* ».

L'extérieur, présumé masculin, est ainsi considéré comme particulièrement néfaste. Les sorties et fréquentations d'Angélique en dehors de l'institution sont fermement critiquées. Angélique transgresse en ce sens les normes féminines du sans-abrisme qui impliquent que les femmes soient tenues de se protéger en restant à l'intérieur des dispositifs d'aide sociale. Si l'espace public a été depuis longtemps envisagé comme un espace masculin réservé, cette réalité s'avère particulièrement prégnante concernant les sans-abri (Maurin, 2021). Il n'est

¹ Dans la mesure où les professionnelles du centre d'hébergement féminin sont majoritairement des femmes (12 sur 14), je les évoque au féminin.

d'ailleurs pas inintéressant de constater que les horaires du CHRS féminin et du CHRS masculin des Peupliers, accolés, sont pourtant différents, comme le remarque Annick, une autre hébergée :

« On est obligé de rentrer à 9h [21 heures] alors que les hommes ils sont... Donc moi j'ai posé la question aux animateurs, pourquoi les femmes sont obligées de rentrer à 9h ?

Chloé : Et les hommes c'est quelle heure ?

Je crois que c'est 9h30, 10h [21h30/22h], c'est normal j'ai compris après, c'est parce qu'ici les femmes elles ont les enfants. C'est pour pas que les enfants restent trop tard dehors. Ils pourraient modifier un petit peu : les femmes qui ont des enfants doivent être à 9h et celles qui n'ont pas d'enfants 10h, comme les hommes, ce n'est pas difficile à gérer ça. Ce n'est pas compliqué. Madame untel, pas d'enfants, peut sortir jusqu'à 10h. Mais je ne vais pas m'immiscer dans les règles du foyer non plus ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Si cette hébergée ne souhaite pas se créer de problèmes en s'immisçant dans les règles de fonctionnement de l'établissement, Annick constate ce traitement différencié avec les hommes, *a fortiori* car elle n'est pas hébergée avec des enfants. Cette règle souligne le fait que les fonctionnements institutionnels contribuent à la reproduction d'un ordre social genré, en différenciant ici les possibilités d'accès à l'espace public.

La déviance aux normes socialement construites du féminin se repère en outre à travers la question de la maternité. En effet, si la maternité n'explique pas tout des codes du féminin attendu, elle en éclaire certaines normes sous-jacentes. Élena est une jeune femme de 28 ans qui a commencé à être hébergée lorsque j'étais présente au centre d'hébergement pour femmes. Elle est accueillie avec sa fille de 6 ans, et sa mère de 57 ans. Toutes les trois viennent de Géorgie et sont en situation irrégulière. Présente lors de leur arrivée au centre d'hébergement, l'éducateur qui reçoit la famille anticipe que la situation risque d'être complexe.

Un après-midi au centre d'hébergement pour femmes, je suis avec Laurent [ES]. Il reçoit un appel du SIAO précisant qu'une famille de trois femmes arrive au sein du foyer [...]. Elles arrivent, nous les accueillons, et Laurent me charge d'aller leur donner des plateaux-repas. Après m'être exécutée, je retrouve Laurent au bureau. Il me lit la fiche d'orientation de la famille, sur laquelle il est noté que la femme de 28 ans a eu un « *comportement "étrange" : parle seule, tape contre les murs, s'est mise à hurler et a fait peur aux autres familles* », lorsqu'elle était accueillie au gymnase ouvert lors du plan grand froid. Il est également indiqué le fait qu'elle refuse d'entendre parler de soins. Laurent me dit que le travail d'accompagnement risque d'être

compliqué. Il me glisse ensuite : « *on dirait carrément qu'on nous les envoie pour qu'on les hospitalise* ».

Extrait des notes d'observations, mardi 23 avril 2019

Attentives au fait de se faire leur propre idée sur la situation, les travailleuses sociales du centre d'hébergement ne considèrent pas comme allant de soi cette lecture pathologique préalable et formulent leurs propres interprétations. Au départ, c'est le comportement de l'enfant qui va inquiéter les professionnelles : celle-ci est particulièrement turbulente, crache régulièrement et a tiré les cheveux d'une travailleuse sociale. La petite fille est rapidement scolarisée et se montrera violente avec ses camarades dès les premiers jours, selon son enseignante. Il est alors rapidement acté par les travailleuses sociales qu'elles doivent se montrer fermes avec cette petite fille, qui concentre au départ les « problématiques » familiales. Aussi, l'appréhension de la situation de la famille, fût-elle orientée par le document d'accueil, n'est pas figée et laisse la place à d'autres interprétations.

Progressivement, les professionnelles vont toutefois en revenir au fait que c'est bien Élena qui constitue le nœud du problème familial. Un rendez-vous avec un traducteur a lieu, la famille ne parlant ni français ni anglais. Élena ne s'y rend pas. Sa mère indique lors de cette rencontre qu'Élena a un retard mental important, et qu'elle refuse d'entendre parler de l'hôpital ou de psychologues. À la suite de ce rendez-vous, le comportement de l'enfant en vient à être expliqué par l'attitude déviante d'Élena : « *elle cherche l'attention de sa mère* », « *il y a une forme de souffrance chez cette petite* », est-il dit lors d'une réunion d'équipe où la définition de la problématique familiale se stabilise en direction d'Élena.

Cette précision va se fonder sur le fait qu'aux yeux des travailleuses sociales, Élena délaisse sa fille, et laisse sa propre mère s'en occuper. La mère d'Élena se plaint d'ailleurs de cette situation en mimant de manière répétée sa fatigue. Les professionnelles considèrent qu'Élena ne tient pas son rôle de mère : « *elle se prend pour sa copine* », « *c'est sa mère qui gère tout* ». Dans cette situation, la « bizarrerie » se construit avant tout sur l'absence de certains actes, référant notamment à la tendresse maternelle. En ce sens, la défaillance maternelle constitue un ressort important dans la traduction de cette situation dans le registre de la santé mentale. Transgressant les codes de la maternité, mais aussi les rôles socialement construits des liens générationnels, c'est Élena qui va être considérée comme celle qui fait problème au sein de la famille. Aussi, il va être souhaité qu'elle prenne un traitement et rencontre un psychologue rapidement, malgré ses craintes vis-à-vis des soins psychologiques.

À côté de sa défaillance maternelle, c'est également le comportement d'Élena face à la sexualité qui est interrogé. Ses tenues sont jugées légères, et ses allées et venues interrogent les professionnelles sur une potentielle prostitution de la jeune femme. Le passé d'Élena est également réexaminé : l'enfant d'Élena a-t-il été conçu par un viol ? Que fuit-elle de la Géorgie ? Aussi, c'est un véritable questionnement généralisé autour de la situation d'Élena qui s'enclenche, allant jusqu'à interroger sa gestuelle corporelle :

Un éducateur explique en rentrant dans le bureau qu'Élena est « *vraiment bizarre* ». Alors qu'il marchait dans les couloirs, il s'est mis à parler à un enfant qu'il a croisé. Élena ayant entendu la voix de l'éducateur, elle a entrebâillé la porte de sa chambre en adoptant une posture suggestive, et portait une tenue très courte.

Extrait des notes d'observation, dimanche 5 mai 2019

Aussi, les poses, regards et tenues vestimentaires d'Élena deviennent des supports pour appréhender sa bizarrerie. La supposition de viol, de prostitution, et l'attitude d'Élena l'amènent à être progressivement appréhendée à travers une sexualisation marquée par la déviance. Ce point permet de repérer plus largement une présomption de déviance qui entoure la sexualité féminine, et *a fortiori* celle des femmes racisées. À l'instar de la violence qui reste présumée pour certains hommes étiquetés comme des « cas psy », cette sexualité déviante n'est à nouveau en rien attestée dans cette situation. Ainsi, les femmes racisées sont régulièrement envisagées au prisme de ce risque de prostitution, alors que cette crainte ne se retrouve que très peu auprès des femmes blanches de l'établissement. Cette stigmatisation des corps féminins racisés se fonde sur des commentaires et interprétations sur les tenues de ces dernières – considérées légères –, ainsi que sur leurs allées et venues en dehors de l'établissement. Alors qu'Angélique, femme blanche, est considérée comme risquant de se clochardiser en investissant l'espace public, les femmes racisées semblent plutôt courir le risque, selon les professionnelles, de se prostituer. Maud Gelly, en étudiant un centre de dépistage du VIH, a d'ailleurs montré que les questions référant à la prostitution étaient davantage posées aux femmes étrangères qu'aux autres personnes (Gelly, 2016). Cela corrobore ainsi l'idée d'une présomption plus forte de prostitution concernant les femmes racisées.

En outre, la sexualité des femmes racisées est souvent appréhendée sur le terrain dans un autre registre déviant : celui d'avoir des enfants pour obtenir une régulation ou des aides sociales. Les professionnelles du centre d'hébergement m'ont plusieurs fois témoigné de ces propos, avançant la récurrence des grossesses comme argument. Par ce prisme, la sexualité des femmes racisées est à nouveau envisagée comme étant une source de profits, entérinant ces

comportements présumés comme déviants. Cela rejoint les analyses d'Elsa Dorlin soulignant que la sexualité des femmes racisées s'inscrit dans un imaginaire de la déviance (Dorlin, 2005). Ces éléments soulignent la prégnance d'une forme de racisme ordinaire, réduisant et généralisant le comportement des femmes racisées. En ce sens, « le racisme est intimement lié au genre » (Essed, 2005, p. 106), explique Philomena Essed, ce qui contribue à la production d'un imaginaire stéréotypé sur la sexualité des femmes racisées. En l'occurrence, l'image d'une sursexualisation est au fondement d'un racisme genré, qui se traduit parfois au sein du centre d'hébergement par une condamnation pathologique de ces femmes (Essed, 2005).

Enfin, au-delà des rapports de genre et de race dans lesquels s'inscrivent ces déviances, elles s'intriquent aussi à des rapports sociaux d'âge. La présomption de sexualité déviante concerne avant tout les femmes ayant globalement moins de 40 ans. En miroir, la sexualité des femmes plus âgées peut également être pathologisée, mais cette fois sur le registre de l'inconcevable. C'est le cas de Madeleine, une hébergée de 62 ans. Madeleine est considérée comme « *une mamie* », comme l'a analysé Marine Maurin (2021). Madeleine, hébergée depuis plusieurs mois au CHRS, m'est directement présentée comme un « cas psy ». Cette dernière a des angoisses importantes qui lui rendent difficile de sortir de l'établissement. Madeleine me parle elle-même de ses angoisses quand j'échange avec elle, et notamment de sa phobie des trains.

Pour les travailleuses sociales, outre ses angoisses handicapantes, Madeleine présente un symptôme supplémentaire. Deux professionnelles m'expliquent qu'elle a « *le syndrome de la vieille fille* ». Adelaïde, travailleuse sociale, m'explique que ce syndrome fait référence à des femmes ayant toujours vécu avec leurs parents, puis qui à leur décès, se sont dévouées à une nouvelle figure d'attachement, généralement un homme. Elle ajoute que dans ce syndrome, la vieille fille finit par être déçue de cet homme et le tue. Elle m'explique qu'en l'occurrence, Madeleine « *fantasme* » sur un infirmier du CMP dans lequel elle est suivie. Elle me dit que cet homme existe, mais qu'elle invente une relation avec lui, « *délirante* » selon Adelaïde. Madeleine écrit ainsi des lettres d'amour, et évoque un amour impossible avec cet homme, sur lequel elle s'est quelque peu épanchée avec moi.

Ce « *syndrome de la vieille fille* », duquel serait touchée Madeleine selon les professionnels, ne laisse pas indifférent quant aux classements de genre et d'âge qu'il implique. Marine Maurin explique combien les femmes âgées sans-abri peuvent être confrontées à des formes de déssexualisation, la vie amoureuse et sexuelle de ces dernières n'étant pas prise au sérieux (Maurin, 2021). La situation de Madeleine peut être rapprochée de cette forme de

désexualisation, dans la mesure où l'existence même de ce syndrome, référant aux vieilles femmes, souligne précisément le caractère incongru de la sexualité des femmes âgées, qui plus est lorsqu'elles sont sans-abri. Si la relation de Madeleine est vraisemblablement fantasmée, il reste que sa pathologisation est éclairante quant à la déviance à l'ordre du genre et de l'âge que ce fantasme franchit.

En miroir, la sexualité des hommes sans-abri n'est pas non plus prise au sérieux. Lorsqu'elle est abordée, c'est toujours sur le ton de la dérision ou de l'infantilisation. Dans un centre d'hébergement, une éducatrice explique en pouffant de rire qu'un hébergé aurait fait une fellation à un autre. Tous les travailleurs sociaux explosent alors de rire dans le bureau. L'éducatrice conclut le moment d'hilarité en lançant : « *pov' ptit' bonhomme* ». Le rire souligne ici le caractère incongru des relations sexuelles, qui plus est homosexuelles, des hommes sans-abri. Dans une autre situation, alors que nous sommes assis sur un banc avec un travailleur social et un hébergé, ce dernier sort un préservatif de sa poche. L'éducateur lui lance : « *et toi, tu sais à quoi ça sert ça ?* », ce qui provoque le rire des personnes ayant vu la scène. Dans ces situations, la sexualité de ces hommes est tournée à la dérision. Il semble en cela que la position sociale de ces hommes sans-abri les prive de toute considération sérieuse autour de leur sexualité. La pauvreté s'accompagne en cela d'une forme d'évidence d'une pauvreté sexuelle et amoureuse. Les relations intimes des hommes ne sont que rarement considérées par les travailleurs sociaux comme un objet légitime du travail d'accompagnement. « *Je ne suis pas une agence matrimoniale !* » rétorque ainsi en riant un travailleur social lorsqu'un jeune hébergé lui fait part de son souhait d'avoir une petite amie. Alors même que les relations affectives sont des supports sociaux et identitaires nécessaires dans la construction de soi (Joubert, 2002), les professionnels sociaux ne prennent que rarement en compte ces aspects dans le cadre de leur travail d'accompagnement. Néanmoins, jugée comme étant avant tout inexistante ou juvénile, la sexualité des hommes ne fait pas l'objet d'une condamnation. En revanche, la sexualité des femmes est une source fréquente de pathologisation. Ces éléments permettent de souligner combien l'étiquetage pathologique s'inscrit dans le sillon de normes sociales produites par un ordre de genre, de race, de classe et d'âge.

Conclusion

Ce chapitre est revenu sur les classements sanitaires établis par les travailleurs sociaux, et en particulier sur les étiquetages pathologiques qu'ils élaborent au sujet des sans-abri qu'ils accompagnent. Plutôt que de postuler que les travailleurs sociaux sont pris aveuglément dans

un processus de psychologisation du social, il s'est agi de prendre au sérieux la manière dont les professionnels gèrent eux-mêmes cette question « psy » par l'étude des différents classements qu'ils opèrent parmi la population dont ils s'occupent. Loin de l'idée que tous les sans-abri auraient des troubles mentaux, les professionnels s'évertuent à produire des classements entre le normal et le pathologique (Canguilhem, 2017 [1966]), cette dualité étant essentielle à la structuration de leur action. Si cet exercice est quotidien pour les professionnels du travail social, les ressorts sociaux permettant à ces acteurs non médicaux de produire des catégories sanitaires n'ont que rarement été investigués par les sociologues. J'ai alors montré certains des mécanismes sur lesquels se fonde l'identification de ces « cas psy ». Sans aborder de manière exhaustive tous les facteurs sociaux pouvant influencer sur cette traduction, j'ai principalement développé trois angles d'analyse, qui peuvent s'avérer complémentaires.

Les enjeux spatio-temporels sont d'abord une piste éclairante des ressorts sociaux de l'étiquetage pathologique, la connaissance d'un passé connu en psychiatrie en constituant un déterminant central. En outre, le maintien d'une certaine propreté et l'investissement des espaces personnels représentent des attentes prégnantes au sein du monde de l'assistance dont la déviance est sujette à la pathologisation. J'ai ensuite montré que les centres d'hébergement élaborent des attendus vis-à-vis des accueillis, et celles et ceux qui s'en éloignent peuvent faire l'objet d'une condamnation morale prenant la forme d'une pathologisation. Cet étiquetage fait alors office de rappel à l'ordre des codes de conduite attendus des hébergés. En cela, une injonction à l'authenticité est façonnée à leur égard. Cette dernière ne signifie toutefois pas que tout puisse être dit, les conditions de l'authenticité étant socialement construites (Darmon, 2015 [2013]). En outre, les hébergés ne doivent pas subvertir le travail social, en contredisant la norme de la distance professionnelle ou en refusant l'accompagnement social. Ces attendus implicites au rôle social d'hébergé ne vont toutefois pas de soi. Aussi, les hébergés les plus socialisés aux institutions du travail social maîtrisent mieux ces codes implicites et semblent alors échapper davantage aux étiquetages pathologiques. À l'inverse, les hébergés les moins habitués à ces fonctionnements, notamment lorsqu'ils découvrent le travail social, sont moins enclins à maîtriser ces codes attendus. Il semble donc que le risque de se voir désigné comme un « cas psy » augmente à mesure que la pente du déclassement social s'accroît. Sous un autre angle, cette analyse permet de montrer que tous les hébergés ne sont pas également rendus éligibles aux soins psychologiques, et que ce sont finalement ceux qui disposent de capitaux plus importants qui constituent les individus accédant de manière privilégiée à ce type de soins. Enfin, la dernière partie du chapitre souligne l'intérêt d'adopter une approche intersectionnelle

dans l'analyse des ressorts sociaux de l'étiquetage pathologique. Il apparaît en effet que les centres d'hébergement constituent des univers de régulation des déviances féminines et masculines. En ce sens, la pathologisation se fonde principalement sur une présomption de violence pour les hommes et sur la présomption d'une sexualité ou d'une conjugalité déviante pour les femmes.

Aussi, ce chapitre permet de revenir sur une idée sociologique centrale, qui est que la déviance ne préexiste pas aux normes sociales qui la font exister. En ce sens, les analyses avancées ici ne renouent pas avec l'essentialisation d'un lien entre santé mentale et sans-abrisme. Les hébergés sont loin d'être atteints par essence de troubles « psy ». En revanche, ce chapitre souligne la façon dont des fonctionnements institutionnels contribuent à établir cette évidence (Bresson, 2003).

Ce chapitre contribue également à renseigner la manière dont le social s'incorpore, en saisissant certains des mécanismes au fondement de la traduction de certaines situations sociales en situations pathologiques. En effet, ces étiquetages ne sont pas des catégories sociales flottantes, dénuées d'effets sociaux. Cette pathologisation se traduit par des rendez-vous avec des professionnels de santé mentale, des prises de traitements, ou encore des hospitalisations. Plus encore, la prégnance de ce lien entre santé mentale et sans-abrisme est souvent une source de stigmates pour les hébergés, comme l'ont notamment montré Michel Joubert et Maryse Bresson (Joubert, 2003 ; Bresson, 2008). Saidou, un hébergé avec lequel je partage un petit déjeuner au foyer du père Virgile m'explique combien il lui est difficile d'être ici. Il me dit qu'il n'est « *pas fou comme eux* » et qu'il est en cela tout à fait différent « *des gens d'ici* ». Joseph m'indique, lui, qu'il y a à son sens quatre catégories de personnes hébergées à Virgile : les « *personnes pas propres* », les « *gens qui boivent* », « *les gens qui fument* » et les « *fous* ». La production de classements n'est donc pas réservée aux professionnels, puisque les hébergés en usent eux aussi, notamment pour se distinguer des étiquetages les plus dégradants (Benoist, 2008). Le « *fou* » est en cela un classement régulièrement utilisé par les hébergés d'Envol dans le but d'entretenir, en s'en distinguant, une image valorisante et saine de soi.

D'autre part, les hébergés mobilisent souvent les classements autour des troubles mentaux comme un registre d'humour. Assise avec deux hébergés dans le hall du foyer du père Virgile, nous entendons une ambulance sur l'avenue qui jouxte l'établissement. Un hébergé dit alors tout bas : « *oh, quelqu'un part avec les fous !* » avant de pouffer de rire. Un autre soir c'est Ilyes, hébergé au foyer du père Virgile qui entre dans l'établissement en chantant à tue-tête qu'il est fou, faisant rire les autres accueillis comme les professionnels. Se distinguer des

« fous », ou en faire un objet d'humour, permet aux hébergés de reprendre une forme de contrôle sur ces classements tenant aux troubles mentaux. Résister à être totalement fou ou en faire un support d'humour en renversant le stigmatisme de la folie (Goffman, 1975 [1963]), c'est aussi lutter contre l'emprise des institutions sur soi (Bessin, 2003). En effet, bien que certains hébergés échappent à la traduction de leur situation dans le registre pathologique, l'étiquetage « psy » constitue une crainte importante pour les accueillis. « *De toute façon vous allez m'emmener de force à l'HP¹ !* », crie ainsi un accueilli qui se voit reprocher la virulence de ses propos. Ici, comme dans d'autres situations observées, des sentiments de peur ont été exprimés quant à cette possibilité de soins contraints. En ce sens, les troubles mentaux sont majoritairement perçus comme une condamnation stigmatisante pour les accueillis. La légitimité du registre « psy » au sein du monde de l'assistance permet assurément l'accès à des soins psychologiques et psychiatriques pour les hébergés, mais il reste que la présomption pathologique qui les entoure agit aussi comme un renforcement des stigmates auxquels ils sont déjà exposés (Bresson, 2008). Ce chapitre souligne en effet combien et avec quels ressorts les sans-abri accueillis en centres d'hébergement sont exposés au risque de s'y voir pathologisés. De ce point de vue, on peut avancer que la vulnérabilité sociale des sans-abri se conjugue à une surexposition à certaines pathologies, redoublant par-là les inégalités auxquelles ils sont confrontés. Dépassant le cadrage de la santé mentale, ce point va être plus largement abordé dans le chapitre suivant.

¹ Hôpital psychiatrique.

Chapitre 9

Accompagner : socialiser les hébergés à prendre soin de leur santé

Déterminer les « cas psy » n'est pas une fin en soi pour les travailleurs sociaux. Au-delà des troubles mentaux, identifier le besoin de soin parmi les hébergés a pour fonction d'orienter leur accompagnement (Levené, 2006 ; Borelle, 2017a). Au sein du monde de l'assistance, les corps des hébergés font l'objet d'un double enjeu de gouvernementalité (Fassin, Memmi, 2004). Ils sont une source de connaissances sur les hébergés, comme je l'ai décrit dans le chapitre précédent, mais ils constituent aussi un enjeu d'intervention pour les professionnels. Ce deuxième point va faire l'objet de ce chapitre, consacré à l'enjeu de l'accompagnement de la santé des accueillis en centres d'hébergement.

L'action des travailleurs sociaux a pour objectif d'avoir un impact sur les trajectoires des personnes qui fréquentent les centres d'hébergement. Ces établissements peuvent en ce sens être appréhendés comme des institutions socialisatrices, dans la mesure où elles ont pour fonction d'agir sur les individus dont elles ont la charge. Loin de se cantonner à une seule fonction d'hébergement, ces institutions transmettent en effet différents codes de conduites aux hébergés. Il s'agit alors dans ce chapitre de tenir compte de cette dimension socialisatrice que portent en elles ces institutions d'hébergement. En considérant l'accompagnement à travers cette visée de « transformation des individus » (Bresson, 2012, p. 68), je vais regarder comment les institutions d'hébergement agissent sur les hébergés, et avec quel degré de prise. Comment la santé, en particulier, fait-elle l'objet d'un accompagnement ? Ce chapitre permet de renseigner d'une manière nouvelle la façon dont le social s'incorpore, en regardant cette fois la socialisation des hébergés à la prise en charge de leur propre santé. La socialisation étant entendue comme un processus d'intériorisation de dispositions, de normes et de valeurs, il s'agit de regarder comment la prégnance institutionnelle du registre sanitaire en vient à s'inscrire jusque dans les corps des sans-abri, à travers une entreprise de modification de leurs *habitus* (Bourdieu, 1979 ; 1980).

En s'inscrivant dans une sociologie des institutions, il ne s'agit pas de présumer d'une irrémédiable asymétrie entre ses agents et ses usagers. Si les centres d'hébergement ont parfois pu être assimilés à des institutions totales et disciplinaires (Goffman, 1968 [1961]; Foucault, 1975 ; Lanzarini, 2000 ; Bruneteaux, 2006 ; Benoist, 2008), il ne s'agit pas de postuler par avance du caractère coercitif de ces dernières. S'en tenir à cette vision obscurcit une réalité tout aussi prégnante de ces institutions, qui s'attachent au quotidien à symétriser et à singulariser

l'accompagnement. En outre, le rôle des professionnels ne se limite jamais à sa seule définition institutionnelle (Dubois, 1999) et quel que soit le degré de prise de l'institution, les « reclus » disposent de marges de manœuvre dont il faut tenir compte (Goffman, 1968 [1961]). Cette réflexion se positionne donc dans le sillon des usages qui sont faits des institutions d'hébergement, en considérant que c'est précisément dans la tension entre « protéger et rendre capable » qu'elles trouvent toute leur efficacité (Eyraud, 2013).

Il s'agira dans un premier temps de regarder le « *plan de route*¹ » de l'accompagnement tel qu'il est pensé au sein de ces institutions et la place que la santé y occupe (I). J'interrogerai ensuite le degré de prise qu'exercent ces institutions d'hébergement sur les individus en regardant ce qu'elles ont d'abord de normalisantes voire de violentes concernant le soin (II), puis ce qu'elles ont de bienveillantes et de singularisantes (III). Enfin, je regarderai ce vécu institutionnel du point de vue des hébergés, en renseignant leur adhésion et leur distance à cette prise institutionnelle (IV).

I. La place de la santé dans les accompagnements

1. « La santé, le boulot, et le logement² » : la santé comme prérequis à l'insertion

Dans une acception première et évidente, l'altération de la santé des sans-abri agit comme un obstacle à l'insertion. Les incapacités diverses auxquelles est confrontée cette population limitent leur employabilité ainsi que leurs possibilités d'accès au logement. Comme l'indique Talcott Parsons, la maladie restreint voire empêche les personnes de mener à bien leurs rôles sociaux, principalement liés au travail (Parsons, 1951b). C'est notamment ce qu'expliquent les professionnels au sujet de la situation de Kévin, un jeune hébergé au CHRS des Rivières que j'ai évoqué au chapitre précédent. Louis et Morgane, éducateurs spécialisés, m'indiquent que Kévin est épileptique et que « *sa maladie l'empêche de s'insérer professionnellement* », car les employeurs se montrent réticents à l'embaucher. Parfois, ce n'est pas la maladie directement qui entrave l'insertion mais ce qu'elle implique, comme dans la situation d'Anatole, également hébergé au CHRS des Rivières. Hugues me dit ainsi qu'il est « *complètement cachetonné* » depuis sa sortie de détention. Son traitement lourd occasionne, selon cet éducateur spécialisé, un manque d'énergie et une extrême lenteur dans ses gestes quotidiens, restreignant ses possibilités d'insertion par le travail. La maladie, comme les

¹ Extrait d'entretien avec Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes.

² *Ibid.*

traitements qui l'accompagnent, peuvent constituer des freins à l'accès à l'emploi. C'est en cela que la santé apparaît souvent, dans les parcours d'insertion, comme une priorité du travail d'accompagnement :

« En tout cas, oui, on travaille beaucoup sur la santé [...]. C'est de plus en plus pris en compte, et de plus en plus une priorité, ce qui n'a pas toujours été le cas [...]. Mais c'est vrai que c'est difficile de ne pas travailler la santé prioritairement, c'est tellement, comment dire, le prérequis à tout le reste que de toute façon on travaille beaucoup sur la santé ».

Judith, assistante de service social, 47 ans, cheffe de service du CHRS des Rivières

Puisque la maladie constitue une entrave potentielle à l'insertion, travailler la santé constitue donc un « *prérequis* » au travail d'accompagnement. Ce ne sont toutefois pas toujours des contraintes extérieures qui freinent l'insertion des hébergés présentant des affections sanitaires – comme peuvent l'être les craintes d'un employeur face à un individu ayant une pathologie –, ce sont aussi les professionnels du monde de l'assistance eux-mêmes qui positionnent l'amélioration de l'état de santé des hébergés comme une condition première du travail d'accompagnement.

Un matin au foyer du père Virgile, Christophe, travailleur social non diplômé, a rendez-vous avec Pierre, un jeune hébergé d'une trentaine d'années. Ce dernier est en short alors que nous sommes au mois de novembre. Christophe commence l'échange en lui demandant comment il va, ce à quoi Pierre répond d'emblée qu'il souhaiterait avoir un logement, car il en a plus qu'assez d'être à Virgile. Christophe lui répond que ce n'est pas vraiment possible au vu de son état : il faut d'abord qu'il travaille sur sa santé. La mine défaits, Pierre répond qu'il est d'accord. Christophe lui demande ce qu'il penserait d'un sevrage pour sa dépendance à l'alcool. Il présente cela comme une occasion de reposer son corps, « *d'être au vert* ». Pierre est plutôt partant, mais dit qu'il veut d'abord régler ses problèmes administratifs avec la caisse d'allocations familiales (CAF). Il n'a plus du tout d'argent pour le moment et cela l'empêche de dormir. Il explique qu'il se sentira mieux une fois que cela sera réglé. Sans vraiment répondre, Christophe lui demande comment il se projette, dans quelque temps, et ce à quoi il aspire. Pierre évoque alors le fait de retravailler, en disant qu'il y tient. Christophe lui dit que cela sera peut-être compliqué et lui rappelle qu'une demande d'allocation aux adultes handicapés (AAH) est en cours pour lui : « *la santé c'est d'abord ce qu'il faut faire pour toi* ». Pierre explique que dès qu'il touchera l'argent de la CAF, il ira chez le coiffeur et s'achètera des vêtements, car pour le moment il n'a que des shorts. Cela le gêne d'autant plus qu'il a des problèmes aux jambes. Il les soulève alors pour les montrer à Christophe. Une odeur

nauséabonde se diffuse dans toute la pièce. Après avoir regardé ses jambes un instant, Christophe lui explique que ses vaisseaux sanguins sont réduits à cause de l'alcool. Il lui demande s'il a déjà fait un écho-doppler, mais Pierre ne sait pas. Christophe lui fait alors un schéma de ses veines, expliquant qu'elles se rétrécissent à cause de l'alcool et que cela entraîne des problèmes au niveau de ses pieds. Christophe lui dit qu'il faut qu'il fasse des soins, qu'il se repose le matin et qu'il sorte un peu l'après-midi. Pierre rétorque en disant que c'est déjà ce qu'il fait, ce à quoi Christophe lui renvoie : « *mais tu fais quoi pour préserver ton capital santé ?* ». Pierre élude la question et parle de son envie de partir en Asie, car il y est déjà allé avec son ancienne compagne. Il sort son téléphone et se connecte sur Facebook® pour nous montrer des photos. Il insiste pour nous montrer combien il a changé depuis trois ans. Pierre est en effet méconnaissable sur les photos. Il ajoute en me regardant qu'il n'a pas travaillé depuis 2013, et qu'il souhaite travailler à nouveau. Il me dit : « *je sais que c'est de ma faute, j'ai déconné* ». Christophe ne le contredit pas, et lui conseille de ne pas mettre de baskets vu l'état de ses pieds. Il lui dit à nouveau de penser à lui et à sa santé en priorité. Pierre répond avec un ton agacé que les chefs de service lui ont déjà dit la même chose.

La description ethnographique de ce rendez-vous éclaire plus largement la position des travailleurs sociaux sur la place qu'occupe la santé dans l'accompagnement des hébergés. Malgré le souhait de Pierre d'accéder à un travail, à un logement et de régler ses problèmes administratifs, Christophe envisage les soins comme la seule manière de l'accompagner pour le moment. Ce n'est pas pour le contrarier que Christophe ne souhaite pas l'accompagner vers ce à quoi il aspire. Le travailleur social estime plutôt lui tenir un discours de réalité : pour lui, Pierre n'est pas prêt à accéder aux étapes que sont le logement ou l'emploi. Y accéder prématurément pourrait au final venir dégrader encore davantage la situation de Pierre, le risque appréhendé étant notamment qu'il se clochardise dans un logement. Paradoxalement, ne pas orienter l'accompagnement dans la direction souhaitée des hébergés peut constituer une forme de protection des personnes accompagnées, au sens des professionnels.

Ainsi, de la même manière que l'hébergement en escalier, l'accompagnement est pensé sur ce modèle par étapes, la santé y constituant la première marche. Comme l'indiquent également Édouard Gardella, Anne Laporte et Erwan Le Méner : « la santé apparaît comme un capital à préserver pour poursuivre des projets d'insertion ou comme un état à atteindre, premier tremplin pour "s'en sortir", en l'occurrence retrouver du travail et un logement » (Gardella, Laporte, Le Méner, 2008, p. 39). Un professionnel résume cette idée partagée au sein d'Envol

et en partie au sein du monde de l'assistance : « *ça doit être graduel, c'est d'abord la santé, puis le logement* ».

Concrètement, ce travail sur « *la santé* » vise souvent l'inversion du processus de clochardisation :

« Robert il va remonter la pente à partir du moment où il va prendre l'habitude de prendre soin de lui. Ça peut être que comme ça. [...]. Et moi ce matin je lui disais : "Robert, ça va revenir ! Tu vas voir !" . "Non Lynda c'est trop tard j'y arriverai plus jamais..." . "J'dis mais si ! Allez, on va y arriver !" Et en fait Robert ce qu'il faut faire, c'est être tous les jours derrière lui [...]. Je lui ai dit tu sais Robert, je crois que tu vas me trouver chiante, mais je vais être derrière tes fesses, quitte à venir dans ta chambre juste pour balayer un coup. Quand il y aura la douche, il y aura la douche, mais sinon on balayera un coup. Mais il faut que tu entretiennes ça Robert, tu peux rester dans ces conditions-là.

Chloé : Et pour toi après, ça va déclencher d'autres choses du coup ?

Oui moi j'en suis sûre. Mais tout est la base de ça. Comment tu veux être bien dans ta peau, si t'es tout crado ? Ce n'est pas possible [...]. Mes petits messieurs quand ils venaient de Virgile, c'est petit à petit, quand on remettait l'hygiène en route que ça recommençait. C'est comme ça qu'on regagne confiance en soi. C'est pour ça que Robert, tout va démarrer de là ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

En écho au crédo associatif socio-sanitaire façonné par les bâtisseurs, lutter contre la clochardisation continue de constituer un enjeu majeur, préalable, au travail d'accompagnement. Stopper le processus de dégradation et favoriser l'estime de soi, l'entretien de son corps et de son espace personnel est ainsi envisagé comme le levier de l'accompagnement pour « *recommencer* » et « *remonter la pente* ». Cet objectif de la santé se voit parfois même inscrit au sein des projets personnalisés des hébergés : « *Monsieur s'engage à poursuivre ses suivis auprès des professionnels de santé, à maintenir son hygiène personnelle, et à limiter ses alcoolisations* » est-il inscrit dans le dossier d'un accueilli de la SRAS. Aussi, les hébergés sont socialisés à l'ordre de ces étapes de l'accompagnement, telles qu'elles sont pensées par les professionnels, comme me l'explique Annick :

« J'ai deux référents ici, et j'en ai un avec le RSA [revenu de solidarité active] [...] et on a mis en place un plan de route : la santé, le boulot et le logement. C'est le contrat que j'ai avec eux. Et ici on va faire aussi un contrat, moi j'ai dit que je veux que le contrat soit le même avec la référente intérieure [du CHRS] et extérieure [la référente RSA] ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Annick cautionne ainsi ce « *plan de route* » dont les étapes progressives sont « *la santé, le boulot, et le logement* ». Cette logique ne va toutefois pas de soi pour l'ensemble des accueillis. Selon Pierre, ce serait au contraire l'accès à un logement et la régularisation de ses problèmes administratifs qui lui permettrait d'aller mieux, estimant que ses problèmes d'argent et que son manque d'espace personnel lui minent le moral et le sommeil. Tous les hébergés n'adhèrent donc pas à cette vision graduelle.

Cette vision de l'accompagnement par paliers dans laquelle la santé occupe la première place s'oppose en outre au modèle du Logement d'abord. Dans la pensée du *Housing first*, il ne s'agit pas de se demander si les personnes sont aptes ou non à vivre en logement, mais de penser l'accès au logement comme une amorce, notamment vis-à-vis de la santé. Le Chez-soi d'abord n'est pas encore appliqué en tant que tel au moment de l'enquête, mais la logique des pouvoirs publics s'en rapproche fortement. Cette dissonance profonde entre la vision de l'accompagnement des professionnels d'Envol et celle du Logement d'abord fait parfois l'objet de tensions avec les tutelles locales. Deux éducatrices du CHRS des Rivières m'expliquent ainsi avoir reçu des membres de la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) il y a quelques mois. L'une me précise que ce moment était « *super long* », car ils ont passé en revue toutes les situations d'hébergés en situation régulière¹ et présents depuis plus de six mois au CHRS. L'éducatrice spécialisée, Jessica, me dit que cette rencontre était stressante, et que : « *la dame [de la DDCS] ne voyait que par le logement, et ne comprenait pas que les gens ne partent pas en logement* ». Elle m'explique que ces femmes ont tenu un discours prônant le fait qu'il existait un panel très large d'outils d'accompagnement permettant d'étayer l'accès au logement, comme les mesures d'accompagnement social lié au logement (ASLL), d'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) ou de bail glissant². Une situation a fait l'objet d'une tension importante : celle d'un hébergé ayant des revenus mensuels de 1 700 euros. L'éducatrice a défendu la présence de cet homme au CHRS en expliquant que lorsqu'elle a évoqué le logement avec lui, ce dernier « *s'est mis à dégringoler, à sombrer dans l'alcool* ». Il était donc impossible de poursuivre l'accompagnement dans cette direction. Jessica m'explique donc qu'elle a « *bataillé* » pour faire comprendre que ses collègues et elle ne partageaient pas la même vision que la DDCS sur le logement. Pour eux, accompagner un hébergé de manière prématurée dans le logement revient à mettre en échec la situation, car si la personne ne parvient

¹ La non prise en compte des personnes en situation irrégulière s'explique car ces derniers ne peuvent, sans régularisation, accéder à un logement et un emploi de manière légale.

² Ces dispositifs permettent de soutenir les individus ou les familles dans leur accès et leur maintien dans le logement dit autonome.

pas à s'y maintenir, celle-ci est amenée à repartir à zéro : « *si ça marche pas, ça se pète vraiment la gueule* » me dit Jessica. Elle m'indique que les personnels de la DDCS « *ont fini par entendre* », mais qu'il a vraiment fallu défendre leur point de vue et leur métier : « *on est éducatrice merde* », dit-elle à la fin. Le récit de Jessica de cette rencontre avec des actrices de la DDCS renseigne la tension majeure qui cristallise la logique des pouvoirs publics à celle des professionnels de terrain d'Envol. Les travailleurs sociaux défendent une expertise propre dans la détermination du fait que les accompagnés soient capables ou non de vivre en logement, ce qui explique la revendication de son statut professionnel à la fin de son explication. L'idéalisation d'un parcours d'insertion devant impérativement viser l'emploi ou le logement fait l'objet d'une remise en question par ces professionnels sociaux (Giuliani, 2013), avançant notamment que tous les sans-abri ne souhaitent pas nécessairement accéder au logement. Certains accueillis ne formulent en effet parfois pas aucun « *projet* » :

Des professionnels d'EHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes] et de RPA [résidence privée pour aînés] visitent le foyer du père Virgile. Je suis le groupe de Christophe et Yann, qui font la visite d'un groupe à une dizaine de professionnels. Ils expliquent le fonctionnement de Virgile et le fait qu'ils font des accueils le soir, mais qu'une grosse partie du travail consiste dans « *la stabilisation* » des personnes. Christophe et Yann présentent le schéma : au départ les personnes sont en mise à l'abri, et alternent des nuits à la rue et en foyer. Ensuite, les professionnels réalisent une évaluation, et les personnes sont stabilisées dans l'établissement, c'est-à-dire qu'elles sont présentes tous les soirs. C'est à ce moment qu'il va s'agir de construire le projet. Mais des fois c'est de l'attente, et parfois il n'y a pas de projet. Donc il n'y a rien d'autre à faire que de consolider les choses avec les accueillis. Concrètement, ça passe alors par des choses très simples, comme les soins, l'alimentation. Il faut déjà faire comprendre aux hébergés l'intérêt d'être ici, en foyer, et y aller progressivement.

Extrait des notes d'observation, 23 mai 2019

L'absence de projet évoqué par Yann, le chef de service du foyer du père Virgile, lorsqu'il présente l'établissement souligne une difficulté à laquelle sont confrontés les professionnels du monde de l'assistance, entre le mandat que leur confie la société, visant à réinsérer les pauvres, et la réalité pratique des accompagnements qu'ils peuvent mener avec certains accueillis qui ne formulent parfois aucune demande. Cette tension s'inscrit en outre dans un contexte de pérennisation de l'hébergement social. L'hébergement, même au sein de l'urgence sociale, s'allonge souvent sur plusieurs mois voire plusieurs années, ce qui « vient interroger le sens de la présence des intervenants », indique Édouard Gardella (2016b). Que faire avec ces hébergés qui restent et qui paraissent aux yeux des professionnels largement

éloignés de toute forme d'insertion par le travail ou par le logement ? Cette tension est même une source d'humour au sein du monde de l'assistance. Alors qu'Hugo, travailleur social à Virgile, n'a rien de prévu pour son après-midi de travail, il lance durant le repas avec sarcasme : « *Tiens, je pense que je vais chercher une orientation pour Gilbert !* ». Si la situation fait rire tout le monde à table, c'est parce qu'il paraît vraisemblablement impossible à tous les professionnels d'envisager que Gilbert puisse être orienté quelque part. Le recours à l'humour témoigne ici du décalage entre les attentes perçues de leur rôle en termes d'insertion et les possibilités réelles qu'ils présument au sujet de certains hébergés. L'humour n'enlève toutefois en rien le sérieux de la question que sous-entend cette situation : que font les travailleurs sociaux lorsqu'ils considèrent que réinsérer est impossible ?

2. *Le dernier registre du social*

Cette impasse que constitue l'insertion telle qu'elle est attendue par les pouvoirs publics ne signifie pas que les professionnels renoncent à tout travail d'accompagnement. En effet, Édouard Gardella le précise bien, l'hébergement, fût-il durable, ne constitue pas une fin en soi (Gardella, 2016a). Les travailleurs sociaux ne peuvent se résoudre à *ne rien faire* dans la mesure où leur rôle professionnel implique d'avoir un impact, même minime, sur la trajectoire des accueillis. Cette injonction paradoxale de devoir insérer ceux qui sont estimés non insérables se résout alors, au moins en partie, dans l'investissement du registre de la santé :

Au CHRS des Rivières, Louis [ES] m'explique l'accompagnement d'Olivier. Ce dernier devait partir dans un logement, car il a eu une réponse rapide pour un appartement thérapeutique. Louis m'explique toutefois qu'Olivier a paniqué lorsqu'il a appris la nouvelle pour l'appartement. Il ne s'est pas senti prêt, et a donc refusé la proposition d'appartement. Démuni, Louis me dit qu'« *en attendant, on bosse la santé* ». Il prend donc un rendez-vous pour Olivier au sein d'un groupe d'entraide mutuelle pour des personnes ayant des troubles mentaux.

Extrait des notes d'observation, mardi 22 octobre 2019

Les accompagnements positionnant la santé comme le dernier registre d'action mobilisable sont nombreux. Celle de Pierre, évoquée plus haut, s'insère également dans ce cadre. Dans ces situations, ce n'est pas tout à fait la maladie en elle-même qui fait obstacle à l'insertion. Cependant, face à l'impasse des voies classiques d'insertion, la santé en vient à être appréhendée comme un dernier levier du travail pour ces professionnels sociaux. De ce point de vue, la prise en compte de la santé des hébergés constitue parfois le « dernier langage du social », comme l'indique Didier Fassin (1998a, p. 40).

Il est d'ailleurs apparu à plusieurs reprises sur le terrain que les professionnels disent attendre, voire espérer, que la situation des hébergés se dégrade pour qu'ils puissent *enfin* trouver des prises au travail d'accompagnement. C'est le cas pour Patrick : Christophe dit de lui qu'il faut attendre qu'il se dégrade un peu plus pour pouvoir l'accompagner vers un EHPAD par exemple. Les professionnels ont même des expressions pour évoquer cette idée : ne pas être « assez vert » ou « mûr » signifie que la personne n'est pas encore assez dégradée pour pouvoir être accompagnée sur cet aspect sanitaire. Cette réflexion professionnelle surprenante prend sens quand on la rapporte au fait que l'accompagnement de la santé représente l'une des raisons d'être du travail social au sein du monde de l'assistance, quand rien d'autre n'est plus envisageable. Être malade vient finalement donner du sens au travail d'accompagnement.

L'invocation du registre de la souffrance, de l'affection et de la maladie comme argument légitimant l'inemployabilité n'a rien de surprenant au regard de la longue histoire de la handicapologie (Castel, 1995, Fassin, Memmi, 2004). La vulnérabilité sanitaire a historiquement constitué un trait distinctif de la catégorie des bons pauvres. Au sein des centres d'hébergement, ces pauvres ininsérables sont alors traduits en bons pauvres, avant tout souffrants et malades, ce qui permet de justifier leur présence au long cours au sein de ces institutions et de donner du sens au travail quotidien. Didier Fassin évoque en cela que la souffrance est convoquée « comme alibi » (Fassin, 2004a, p. 158) et que la maladie est mobilisée comme un registre légitimant l'éloignement aux standards de l'insertion (Fassin, Memmi, 2004). « Pour les travailleurs sociaux, le recours à l'argument des problèmes de santé est à la fois une forme de réponse à l'insupportable répétition du colloque singulier construit sur des situations sans issue et une manière de contourner l'obligation de résultat instituée par le contrat d'insertion » indique Didier Fassin (2004a, p. 146). Le recours au registre de la santé permet en effet aux professionnels d'ajuster leur posture, entre le mandat d'insertion qui leur est confié et l'impossibilité de l'accomplir avec certains hébergés. Le renoncement à l'idéal de l'emploi et du logement – du moins temporairement – s'accompagne ainsi d'un investissement du registre sanitaire.

Plusieurs travaux ont déjà montré comment l'écoute constituait une sorte de dernier recours dans l'intervention sociale (Fassin, 2004a, Ravon, 2006, Bresson, 2006). « La question de la psychologisation de l'intervention sociale me semble renvoyer aux incertitudes de l'action sociale, lorsque sans programme institutionnel fort, sans offre réelle d'insertion et sans horizon éducatif précis, les travailleurs sociaux n'ont plus que l'écoute à proposer aux personnes qu'ils tentent d'aider », indique très justement Bertrand Ravon (2006, p. 241). Mais plus que l'écoute,

il semble ici que c'est tout l'univers de la souffrance, des affections tout autant physiques que psychiques, qui peuvent être investies pour redéfinir l'accompagnement de ces situations complexes.

La santé n'est donc pas *à côté* de l'accompagnement social au sein du monde de l'assistance, mais y occupe une place légitime. Céline Borelle, qui a analysé la prise en compte de la question sociale en psychiatrie, indique que : « est social tout ce qui relève du travail social ; est psychiatrique tout ce qui relève du travail psychiatrique » (Borelle, 2017a, p. 204). Aussi, dans son étude, les cas « sociaux » se voient renvoyés à des professionnels du travail social. Appliquée aux centres d'hébergement, cette mécanique n'est pas tout à fait reproductible. C'est là que se situe une spécificité importante de l'enquête : les professionnels du monde de l'assistance travaillent et composent *avec* les questions de santé. L'identification du pathologique ne conduit que rarement à une mise à distance des hébergés. Même quand les sans-abri sont hospitalisés, les travailleurs sociaux continuent de trouver du sens dans l'accompagnement de ces situations et maintiennent des liens avec ces personnes. Il n'y a donc pas de ligne de partage clairement établie entre un public relevant du social, destiné aux professionnels du monde de l'assistance, et un public éprouvant des affections sanitaires destiné aux institutions médicales. La population sans-abri brouille les pistes de cette distinction et favorise une appréhension élargie de l'accompagnement social, tenant compte des enjeux relatifs aux soins. Cela permet de comprendre en partie pourquoi les travailleurs sociaux, alors qu'ils ne sont pas soignants, investissent tant cet enjeu :

« Après ce serait intéressant de se poser la question, pourquoi on travaille plus le médical et moins le social ? Parce que quand même on est des éducateurs, donc ce n'est pas leur métier de faire des fois que le taxi, s'assurer que... ça ressemble à du gaspillage du temps de travailleur social. On pourrait penser que, je sais pas, un contrat aidé pourrait accompagner [à l'hôpital]... Hormis ça, ce qu'il est intéressant de voir c'est que peut-être, pour beaucoup de gens qu'on accueille en fait, c'est le préalable. On ne peut pas travailler sur l'insertion dans le logement ou l'accompagnement dans le logement, le droit, etc., si le gars il ne va pas bien, et en fait l'accroche c'est devenu la santé. Donc aujourd'hui, ça fait partie du job ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Cet extrait d'entretien rend particulièrement compte de l'interrogation poursuivie dans la thèse quant à la contribution de professionnels sociaux à la prise en charge sanitaire des accueillis. Les professionnels ont tout à fait conscience que travailler la santé peut sembler paradoxal, dans la mesure où ce n'est pas le mandat premier de leur métier. Pour autant, comme

l'explique Harold, accompagner la santé « *aujourd'hui, ça fait partie du job* ». La santé n'est donc pas annexe au travail social au sein d'Envol, mais en est devenue sa condition première, ou ultime.

Cette logique, nécessitant de rompre avec une vision standardisée de l'insertion, n'est toutefois pas si évidente pour les professionnels, qui ont bien souvent dû ajuster leurs attentes en venant travailler avec ce public :

« Alors il y avait certainement le fait de venir d'un foyer avec un public plus jeune, donc moins abîmé, où on pouvait vraiment bosser – pour la plupart – sur l'insertion pro [au CHRS des Rivières], tout miser dessus, rebondir vite sur le travail. Et en fait ici, vraiment [au foyer du père Virgile], je regardais les gars et au fond de moi je me disais : "*qu'est-ce qu'on peut faire comme projet ?*". Des gens qui, pour certains, on ne sait même pas si dans 15 jours ils seront encore en vie, enfin quand il y a la maladie, quand il y a à ce point les addictions, enfin ça me paraissait... Et sans m'en rendre compte, mais avec quelques mois de recul en y repensant, vraiment à mon insu, ma façon de voir a évolué. Et au fur et à mesure que je me suis rapproché, que j'ai fait connaissance avec les gars, j'ai vraiment plus vu les potentialités, même si enfin voilà, à un autre niveau. Et oui effectivement quand on peut amener quelqu'un à prendre une douche ne serait-ce qu'une fois par semaine, bah... Par rapport à ce que ça a pu être... Vraiment c'est de revoir, pas forcément à la baisse, parce que ça serait un peu péjoratif, mais voir les choses vraiment différemment ».

Vanessa, éducatrice spécialisée, 38 ans, Virgile

« Mais même d'une façon générale, j'ai mis énormément de temps. Je crois que je t'en avais parlé déjà un petit peu, à accepter le fait que parfois on reste dans du maintien, et que c'est déjà bien. Et pour en revenir à la SRAS c'est vrai qu'une personne qui arrête de se dégrader, c'est déjà un grand progrès. Mais ça j'ai mis des années à l'accepter. Pour moi, il fallait une ambition supplémentaire, pour moi il fallait, voilà, un petit peu une ambition qu'on ait pour eux, et j'ai eu beaucoup de mal à m'en détacher. Il y a un vrai sujet sociologique là [rires] ».

Robin, travailleur social non diplômé, 44 ans, CHRS de la SRAS

Rompre avec l'idéal d'une insertion classique ne va pas de soi pour les travailleurs sociaux, socialisés à viser certains objectifs par leurs formations ou leurs lieux d'exercice préalables. En venant travailler au sein du monde de l'assistance, et en particulier à la SRAS et à Virgile, où les hébergés sont les plus éloignés des standards de l'insertion, ces professionnels sont confrontés au caractère parfois illusoire des objectifs classiquement attendus en termes d'insertion. Ce qu'ils estiment comme une réussite, un bel accompagnement, nécessite l'apprentissage de nouveaux repères. Ces professionnels se sont vus dans la nécessité d'ajuster

leurs attentes et de trouver des sources de satisfaction au travail différentes. Cette prise de distance avec les schémas classiques de l'insertion que sont l'accès au logement et à l'emploi notamment est une condition du maintien dans le métier, permettant de gérer l'impuissance face à certaines situations. Les professionnels bricolent alors autour de la notion d'insertion en déconstruisant l'idéal d'une insertion standardisée et non applicable avec une part des accueillis (Murad, 2003), tout en réinvestissant une vision large de l'insertion, permettant l'intégration d'objectifs moins ambitieux, souvent liés au registre sanitaire.

Cet investissement du registre de la santé dans les accompagnements des hébergés présumés les plus éloignés de l'emploi et du logement n'est toutefois pas sans conséquences pour les individus concernés, qui voient alors leurs suivis médicaux ou encore leurs prises de traitements se renforcer par exemple. Ce résultat permet de prolonger la réflexion sur l'incorporation du social, puisque la façon dont est construit l'accompagnement social a des effets jusque dans les corps des hébergés. Pour poursuivre cette analyse, il va s'agir dès lors d'étudier comment se traduit en pratique cette prégnance de la santé dans les accompagnements pour les hébergés.

II. La normalisation des corps

En tant qu'institutions socialisatrices, les centres d'hébergement favorisent l'incorporation de codes, de valeurs et de dispositions, y compris vis-à-vis de la santé. En partant de ce cadrage, il va s'agir de questionner le degré de prise que ces institutions exercent sur les sans-abri, en regardant d'abord ce qu'elles ont de normalisantes, voire de violentes. La partie suivante montrera que la prise institutionnelle ne se réduit toutefois pas à cette dimension coercitive (III).

1. Se soigner, ou la mise au travail des hébergés

La médecine constitue l'institution sociale par excellence de gouvernement des corps (Fassin, Memmi, 2004). Concernant les sans-abri, les travailleurs sociaux constituent également des agents centraux de cette entreprise. Au quotidien, tout un ensemble de remarques portées aux hébergés témoignent de cette visée transformative des corps. « *Faites vos lacets, je vous prie* », dit un chef de service à un hébergé qu'il croise. « *Et mouche-toi s'il te plaît !* » lance une éducatrice à un hébergé, « *remonte ton pantalon* », « *pense à te brosser les dents* », « *tu devrais mettre tes lunettes* » sont des injonctions fréquemment entendues. Les femmes hébergées font l'objet de remarques spécifiques : alors qu'une femme est allée déjeuner en

débardeur sans soutien-gorge, les travailleuses sociales lui ont demandé de s'habiller autrement et de mettre « *une tenue décente* ». Ce sont aussi les enfants de ces femmes qui font l'objet de commentaires, comme lorsqu'un éducateur, saluant un nourrisson dans les bras de sa mère, lui indique qu'il « *faut lui mettre un gilet* ». L'hygiène, les tenues, et plus largement l'ensemble des conduites corporelles sont en cela l'objet quotidien d'une discipline avec l'objectif, pour les travailleurs sociaux, que les hébergés intériorisent des normes sanitaires et corporelles et qui leur semblent élémentaires (Fassin, Memmi, 2004). C'est ainsi à travers ce travail répétitif et confondu dans un ensemble d'interactions que cette normalisation des corps se diffuse.

Aussi, « *prendre soin de soi* » constitue une attente institutionnelle majeure et s'impose comme un véritable travail pour les hébergés. L'entretien réalisé avec Annick est éclairant de la manière dont elle a perçu cette attente à ce qu'elle prenne soin d'elle-même :

« Moi je ne me suis jamais occupée de ma santé. Et je commence à m'en occuper depuis que je suis ici, parce que ça a été demandé par les animateurs, et puis par rapport au renouvellement que j'avais à faire toutes les semaines. C'était un point qu'il fallait à tout prix que je mette en place, que je fasse, parce que sinon je risquais de ne plus être admise ici. Donc c'est quasiment une menace, entre guillemets. Et comme j'ai un petit caractère, au début j'ai refusé, au début j'ai dit non, je ne veux pas m'occuper de ma santé, voilà ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Alors qu'Annick devait faire des mises à l'abri régulières, étant accueillie en centre d'hébergement d'urgence, il lui a expressément été demandé à ce qu'elle s'occupe de sa santé. Cette orientation de l'accompagnement vers les soins, dans la manière dont elle l'explique, prend la forme d'une injonction :

« Ah bah c'était simple, enfin ici ça allait, ils ne me... J'allais dire harcelaient, mais non, c'était plus au niveau du renouvellement [les travailleurs sociaux instruisant les demandes d'hébergement d'urgence]. C'était si vous ne prenez pas un médecin, si vous ne faites pas un *check up*, etc. pour votre santé... Nous il nous faut un but pour que vous puissiez rester au foyer, si vous le faites pas, on n'aura pas le but atteint, donc vous ne resterez pas au foyer. C'était une menace. Mais je l'ai fait pour ça aussi. Mais c'était certainement une façon de me booster... certainement ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Annick retranscrit la manière dont les travailleurs sociaux ont effectivement besoin de construire des projets d'accompagnement, et en l'absence de possibilité d'accès à l'emploi ou au logement, c'est bien la santé qui peut se voir investie. Face à cette injonction et

progressivement convaincue du bien-fondé de prendre soin d'elle, Annick a alors entrepris un travail autour de sa santé :

« Et puis au fil du temps je me suis dit c'est ridicule, maintenant que j'ai la CMU [couverture maladie universelle] et tout ça, autant que je prenne soin de moi, donc je me mets un petit peu à m'occuper de moi [...]. Ça a mis longtemps à se mettre en route, mais c'est de ma faute hein, ce n'est pas à attirer à qui que ce soit. C'est moi qui me laisse, je vais pas dire me laisser aller, mais qui ne prenait pas conscience qu'il fallait que je prenne soin de moi aussi. Donc maintenant j'ai pris conscience qu'il faut que je m'occupe de moi, c'est pas de l'égoïsme, c'est vraiment comme tout le monde, il faut prendre soin de soi, et puis ça ira mieux.

Chloé : Avant vous pensiez que c'était quelque chose de presque égoïste de prendre soin de vous ?

Un peu oui parce que je préférais m'occuper des autres que de moi-même ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

L'adhésion d'Annick à la prise en compte de sa santé repose sur le fait qu'elle a dû mettre à distance ses propres normes vis-à-vis du soin. Au sein des milieux populaires, s'occuper de soi, de surcroît en tant que femme, peut être considéré comme une forme d'égoïsme, comme l'explique Annick. Le travail réalisé auprès d'elle a précisément visé à ce qu'elle modifie cette perception du soin. Soutenue dans la modification de sa manière de voir la santé, Annick a alors ajusté son rapport aux soins à celui des travailleurs sociaux qui l'accompagnent. Cela vient souligner combien les centres d'hébergement constituent des institutions de socialisation visant la transformation de ses membres.

Cette injonction à la prise en charge de la santé peut être analysée comme une manière d'activer les hébergés. Annick l'indique elle-même en disant : « *c'était certainement une façon de me booster* ». Si le travail salarié et rémunéré est considéré comme trop éloigné pour certains hébergés, ces derniers sont tout de même mis au travail sur leur propre santé. Travailler sur soi (Vrancken, Macquet, 2006) et sur sa santé peut ainsi être analysé comme une contrepartie à leur inemployabilité. En ce sens, les professionnels ne renoncent pas aussi facilement à la valeur du travail, cette dernière se recomposant sur un travail sur soi, son corps et sa santé (Dubet, 2006 ; Vrancken, Macquet, 2006). L'injonction à l'autonomie des individus et l'activation des bénéficiaires du social en viennent à se manifester à travers ce langage du sanitaire (Duvoux, 2009 ; Barbier, 2011). Aussi, les hébergés sont responsabilisés sur leur santé, les professionnels leur demandant notamment de se mobiliser pour celle-ci. Les accueillis sont enjoins à lutter, à se battre, et à faire leurs preuves face à la maladie. Cette injonction se manifeste par exemple

lorsque Yassin, travailleur social, accompagne Roger à un rendez-vous médical et lui dit dans la voiture : « *il va falloir que tu fasses tes preuves Roger !* », en précisant ensuite qu'il doit se montrer motivé dans le cadre de ses soins à venir. Les travailleurs sociaux visent ainsi à ce que les hébergés passent d'une vision déterministe et fataliste à une vision volontariste et interventionniste sur leur santé (Barrett, 1999). Les centres d'hébergement sont donc des institutions qui ambitionnent, dans leur forme la plus aboutie, à ce que les hébergés se mettent au travail sur eux-mêmes en modifiant certaines de leurs dispositions (Vrancken, Macquet, 2006), en particulier vis-à-vis du soin.

Anselm Strauss conceptualise la « trajectoire de malade » autour de l'enjeu du travail que cette situation impose (Strauss, 1992). De la même manière, l'hébergement des sans-abri peut être appréhendé comme une trajectoire de mise au travail. Les accueillis eux-mêmes rapprochent en effet parfois leur vécu institutionnel à une forme de travail :

Je discute avec Samuel, hébergé au foyer du père Virgile, qui me dit qu'il doit voir une ergothérapeute lundi prochain. C'est Jean-François [ND] qui lui a dit, mais il ne connaît pas l'objet de ce rendez-vous. Il me dit qu'il ne se sent pas prêt et que ça le stresse. Il pense qu'il va être évalué. Il me dit qu'il va donc bien s'habiller : il ne va pas mettre une cravate, mais il va quand même mettre des chaussures habillées et prendre une chemise au vestiaire. Il voit ce rendez-vous médical comme un entretien d'embauche. Il pense que c'est cette ergothérapeute qui va décider s'il est capable d'avoir un appartement ou non.

Extrait des notes d'observation, mercredi 20 mars 2019

Samuel envisage ce rendez-vous médical comme un véritable moment de travail, lui demandant une préparation corporelle et mentale. À différentes reprises, des hébergés m'ont expliqué qu'ils avaient tellement de rendez-vous médicaux et de choses à faire concernant leur santé qu'ils auraient besoin de s'acheter un agenda pour se repérer dans le temps. La sanitarisation des accompagnements favorise ainsi une mise au travail des hébergés, au point de se rapprocher parfois de véritables enjeux professionnels.

Cette mise au travail des hébergés s'accomplit tout particulièrement par une temporalisation de la vie institutionnelle. Le travail d'accompagnement quotidien vise en effet à ce que les hébergés intériorisent un certain rapport au temps, propre à la manière dont les travailleurs sociaux envisagent la façon qu'il convient de vivre sa journée (Blum, Neuberg, 1999). Aussi, la distribution des médicaments comme les rendez-vous médicaux participent efficacement à cette normalisation du temps. Les hébergés sont en effet censés descendre

prendre leur traitement vers 8h30 le matin, conditionnant alors leur lever à une heure supposée raisonnable pour les professionnels.

Mélanie [IDE] donne le pilulier à Mohammed pour aujourd'hui et lui donne également celui pour demain, car nous serons le 8 mai et Mélanie sera donc absente. Mohammed réagit en souriant en disant : « *oh bah du coup demain c'est repos, pas besoin de se lever !* ».

Extrait des notes d'observation, mardi 7 mai 2019

Ce jour d'absence de l'infirmière est considéré par Mohammed comme un jour de « *repos* », dans la mesure où il n'est pas contraint de se rendre à l'infirmierie pour prendre ses traitements au début de la matinée et peut ainsi dormir plus longtemps. Cela souligne en creux que les jours où l'infirmière est présente se rapprochent de jours de travail. En ce sens, les rythmes de vie sont construits en centres d'hébergement selon les normes du milieu professionnel (Blum, Neuberg, 1999). Même lorsque les hébergés sont considérés comme étant éloignés de l'emploi, la paresse et l'inactivité sont condamnées lorsqu'elles ne sont pas exceptionnelles. À la SRAS, à Virgile et au CHRS masculin des Peupliers, un passage matinal entre neuf et dix heures dans les chambres le matin fait d'ailleurs office de réveil généralisé. Si ce passage est pensé comme permettant de s'assurer que tous les hébergés aillent bien, son horaire marque néanmoins une volonté institutionnelle de normaliser le temps. Une distinction entre les jours de semaine et de week-end est en outre particulièrement entretenue par les institutions d'hébergement. Des hébergés m'ont ainsi expliqué être pressés d'être en week-end. En effet, les professionnels les laissent parfois dormir davantage, mais surtout les effectifs réduits des professionnels présents, voire leur absence en pension de famille, rendent l'atmosphère institutionnelle tout à fait différente.

Le temps qui passe en centres d'hébergement est ainsi construit en référence au monde du travail (Blum, Neuberg, 1999). Si les professionnels sont bien conscients que les hébergés ne passent pas leurs journées à rechercher du travail, ils normalisent néanmoins de bonnes ou de mauvaises manières d'occuper ses journées. Faire la manche ne constitue par exemple pas une manière légitime d'occuper son temps. En revanche, les rendez-vous médicaux, outre leur fonction médicale, sont investis d'une fonction légitime d'occupation et de structuration du temps. Ainsi, « transformer les emplois du temps des personnes prises en charge » constitue un enjeu central de l'accompagnement des hébergés (Blum, Neuberg, 1999, p. 116). Cette normalisation du temps est en partie assurée par la prégnance des enjeux sanitaires, l'application de l'injonction à prendre soin de soi contribuant à poser des jalons temporels aux hébergés.

2. La coercition aux soins

Au sein du monde de l'assistance, se soigner n'est pas qu'un droit, c'est aussi un devoir propre aux hébergés, formulé en particulier à ceux pour qui toute perspective de réinsertion ordinaire est supposée illusoire (Maisondieu, 1997). En dernière instance, lorsque les hébergés ne saisissent pas ce travail attendu d'eux sur leur santé, ce devoir de prendre soin d'eux-mêmes peut prendre la forme d'une injonction aux soins se passant du consentement de la personne.

Les situations de soins contraints existent au sein d'Envol et témoignent généralement d'impasses dans l'accompagnement pour les professionnels. C'est ce que m'indique un travailleur social au sujet d'un hébergé de la SRAS. Il me dit qu'il va lui poser un ultimatum : « *soit il part en cure, soit il vire* ». L'éducateur se justifie ensuite en expliquant que s'il ne fait rien, l'hébergé va vieillir, « *pourrir ici* » et continuer de se dégrader. Pour inverser cette tendance, les soins sont alors contraints par une menace explicite d'exclusion de l'établissement.

« Et tu vois, il y a eu des fois ici, on le fait plus trop parce que c'est vraiment trop lourd... Mais des accompagnements santé presque fin de vie, à un moment donné où le gars qui a sa tumeur et qui ne veut plus se soigner, qui veut plus faire de chimio, qui reste dans son lit, on ne peut pas le contraindre, tu ne peux pas le contraindre. La seule fois où j'ai dû être plus méchant c'est de dire qu'il voulait plus se soigner parce qu'il en avait marre, j'ai dit ok, mais moi j'arrête l'hébergement. J'ai dit donc tu sors ou tu vas à l'hôpital ».

À nouveau, la menace de l'exclusion rend le soin coercitif. Les exclusions au motif que les personnes refusent de se soigner restent le plus souvent au stade de menace, l'ultimatum suffisant à contraindre les hébergés. Outre la menace, ce sont également différentes techniques de « bluff » qui contribuent à rendre le soin obligatoire :

« Je m'en rappelle une fois d'avoir bluffé quelqu'un qui ne voulait pas partir [à l'hôpital], et pour lequel je pressentais le mauvais coup quoi, franchement. Et du coup je lui ai dit : "*écoutez, je vous fais une demande de tiers, vous n'avez pas le choix*". Et je lui ai fait un faux papier, comme quoi je demandais une hospitalisation, et le pompier à côté a dit : "*ah désolé monsieur, mais vous avez plus le choix*", donc il y est allé en fait, mais c'est du bluff. Je n'aurai pas supporté qu'il ne veuille pas, et puis que du coup le lendemain, il décède ici ».

Il n'existe pas d'hospitalisation à la demande d'un tiers en dehors de la psychiatrie. Ce professionnel réalise alors ici un faux courrier visant à duper l'hébergé en le contraignant aux soins qu'il refusait initialement, en l'occurrence, se rendre à l'hôpital. Dans cette situation,

comme dans d'autres où cette technique a pu être repérée, c'est la puissance du document écrit qui est mobilisé comme un argument de pouvoir. Ces situations coercitives concernent souvent des situations complexes, engageant parfois des enjeux vitaux selon les professionnels. Cette puissance de l'emprise de l'institution sur l'hébergé doit alors être rapportée à l'épreuve de professionnalité que constituent ces situations limites pour les travailleurs sociaux (Ravon, Vidal-Naquet, 2018), les confrontant d'un côté à l'enjeu du respect des personnes à refuser les soins et de l'autre, à leur devoir d'assistance aux personnes en danger. Il reste néanmoins que ce degré de prise institutionnel sur les individus souligne le caractère potentiellement totalisant de ces institutions (Goffman, 1968 [1961]). Cette emprise vient en effet nier le droit de la personne à refuser les soins, ce déni fondamental du droit des patients s'appuyant sur l'asymétrie de la relation entre les professionnels et les hébergés.

Ce déni du consentement aux soins des sans-abri se justifie pour les professionnels par le fait que les personnes accueillies ne seraient pas toujours en mesure de déterminer ce qui leur convient le mieux. En ce sens, les sans-abri sont par moments dépossédés de leur capacité à faire des choix rationnels pour eux-mêmes. À certains égards, cette posture se rapproche de « l'expertise de l'aide », conceptualisée par Édouard Gardella et qui : « s'observe quand 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). Cette posture, dominante dans l'histoire de l'assistance, entretient des liens avec l'intervention humanitaire à laquelle ont été socialisés les médecins jouant un rôle central dans la mise à l'agenda de l'urgence sociale. Il reste que dans cette posture décrite par Édouard Gardella, le recueil du consentement est « au cœur de la relation d'urgence », ce qui distingue les résultats pointés ici, où le consentement au soin est précisément nié (Gardella, 2017).

Outre les situations délicates et éprouvantes pour les professionnels, ce caractère totalisant de l'institution vis-à-vis du soin s'accomplit dans des pratiques plus ordinaires, comme la prise de traitements. À l'instar des personnes accueillies en maisons de retraite, les marges de manœuvre des hébergés sont faibles vis-à-vis de la prise de leurs traitements, la distribution réalisée par les professionnels ne laissant pas de place à l'oubli, volontaire ou non (Lechevalier et al., 2020). C'est ainsi une certaine « observance forcée » que l'on peut repérer (Lechevalier et al., 2020, p. 178). Des menaces explicites quant à la prise de traitements ont en outre également été observées :

Le chef de service reçoit Frédéric qui a fait du bruit toute la nuit dans sa chambre. Très calmement, il lui dit que maintenant il n'a plus le choix, il doit impérativement prendre son traitement, sinon il devra le renvoyer. Il lui explique que s'il ne le prend pas, ou seulement un jour sur deux, ça ne pourra pas faire effet et il ne pourra pas être apaisé.

Extrait des notes d'observation, mardi 26 septembre 2017

C'est à la SRAS que les formes de contraintes les plus sévères ont été repérées. Cela peut être rapporté au fait que les hébergements y sont particulièrement longs, et parfois même « sans fin » (Gardella, 2016a). Édouard Gardella montre, en étudiant ces accompagnements au long cours, comment les prises en charge dans la durée constituent une difficulté professionnelle (Gardella, 2016a). L'usure, par la répétition de la proximité aux mêmes personnes, représente une piste explicative de ces pratiques parfois violentes :

« Ils ne sont pas si pudiques que ça nos gars. Mais Loïc, ce n'est pas la peine... moi Loïc une fois il avait voulu aller faire un bain, donc la baignoire elle glisse, moi j'ai toujours peur que le gars il se baille dans le... donc j'étais toujours aux aguets, donc je suis rentré ! Il m'avait traité, parce que je l'avais vu tout nu. Je lui avais dit Loïc je ne viens pas te voir tout nu, je viens juste voir si t'es bien. "*Je suis bien, laissez-moi tranquille !*", tu vois ? Mais ils sont très rarement pudiques finalement. Je n'en ai pas encore rencontré de très pudique. Alors il y a Loïc, et puis il y a... Qui est-ce qui mettait toujours un truc devant son zizi, qui voulait pas que je voie ? J'y dis : "*je vois rien, je vois rien...*". Mais ils ne sont pas si pudiques, ils se livrent tu vois, ils ont confiance, ils ont confiance en nous. Et je pense qu'Emmanuel oui, comme il est imberbe, c'est différent. Parce que moi Emmanuel, une fois je l'avais mis au bain parce qu'il était archi crado, mais il avait gardé son bonnet. Je lui dis bah non Emmanuel on va retirer le bonnet, et moi reflex, pfiou [mime de l'enlever]. Je ne savais même pas qu'il était chauve ! Je ne savais pas quoi. "*Ne me touchez pas, ne me touchez pas à ma tête !*" Je lui dis je ne savais pas que tu n'avais pas de cheveux Emmanuel. Ok on ne touche pas. "*bah oui j'ai pas de cheveux, j'ai pas de cheveux...*" ».

Le professionnel énonce ici des situations où il a été repris par des hébergés, ne leur ayant pas demandé l'autorisation de voir ou de toucher leur corps. Si ce dernier insiste en expliquant qu'en majorité les personnes dont il s'occupe ne sont pas pudiques, et présente ces deux situations comme étant des écarts à la norme, on peut toutefois se demander ce qu'il en est réellement du consentement des hébergés à ces dévoilements corporels auxquels ils sont contraints. De surcroît, cette atteinte à l'intégrité physique des accueillis peut vraisemblablement générer un sentiment de dépossession des hébergés sur leur propre corps, pourtant contraire à l'objectif institutionnel visé.

3. « Les faire beaux », normaliser les corps en douceur ?

Au-delà de ces formes coercitives, la prise institutionnelle sur les hébergés et leur corps s'accomplit le plus souvent à travers un arsenal moins frontal. C'est particulièrement le cas lors des différents ateliers ou sorties qui ont lieu au sein des centres d'hébergement. Si ces derniers ont pour but de temporaliser la vie institutionnelle en lui donnant du rythme (Gardella, 2016a), ils visent aussi parfois à modifier les normes de soins qu'entretiennent les sans-abri sur leur propre corps. Lors d'une sortie à la piscine où j'accompagne une éducatrice et une dizaine de femmes hébergées et leurs enfants, les corps des femmes font ainsi l'objet d'une attention particulière de l'éducatrice. Elle m'explique que ces sorties piscine sont l'occasion d'aborder différents sujets avec les hébergées, comme celui de l'épilation notamment. Elle me dit avoir déjà repéré que des femmes ne s'épilaient pas et leur avoir conseillé de le faire, par souci « *esthétique et hygiénique* ». Lors de cette sortie à laquelle je participe, c'est le poids qui fait l'objet d'un rappel à l'ordre.

Deux femmes hébergées parlent entre elles en se baignant, à côté de l'éducatrice et moi. L'une dit qu'elle fait une soixantaine de squats tous les jours, et montre à l'autre comment elle fait cet exercice. En riant, elle essaie alors elle aussi de faire des squats. Elles se disent que ce soir, elles en feront ensemble. L'éducatrice intervient et dit qu'en effet, elle trouve que Julie – la deuxième femme, non habituée à faire des squats – devrait faire du sport. Elle lui dit qu'elle a grossi, et qu'elle est même « *plus grosse qu'avant sa grossesse* » [qui remonte à 1 an et demi]. Elle lui dit qu'elle se permet de lui dire, car il faut : « *te booster, sinon tu ne le feras pas* ».

Extrait des notes d'observation, mercredi 24 avril 2019

Cette sortie à la piscine, présentée par l'éducatrice comme étant un moment de détente, a pour fonction sous-jacente l'observation des corps féminins. Ici, la grosseur est érigée comme une déviance et est condamnée par l'éducatrice. Si le corps gros est consacré comme l'opposé du corps « sain », il faut bien rappeler que cette perception des corps est située socialement (Darmon, 2008 [2003]). La minceur féminine constitue une norme de beauté particulièrement diffuse au sein des classes moyennes et supérieures, qui se voit véhiculée au sein des centres d'hébergement aux femmes hébergées n'ayant pas nécessairement les mêmes classements esthétiques. L'organisation d'« ateliers esthétique » constitue par ailleurs des temps institutionnels visant à prôner une norme hégémonique de féminité, renvoyant à des codes esthétiques situés. Ainsi, le maquillage doit être présent, tout en étant discret, les ongles entretenus, mais le vernis pas trop criant. Les tenues doivent être féminines, mais pas vulgaires. Comme l'indique Séverine Mayol, il s'agit dans ces espaces de « réapprendre à être femme »,

étant entendu que la féminité ne peut être considérée qu'au prisme d'une certaine coquetterie (Mayol, 2014, p. 119). Une partie des travailleuses et travailleurs sociaux essentialisent ainsi leurs propres normes esthétiques, ce qui les conduit à se représenter la non-adhésion à ces codes comme relevant de la négligence ou de la mauvaise volonté.

Cette normalisation genrée des corps ne concerne pas seulement les femmes hébergées. À la SRAS, j'ai ainsi pu assister à l'élection « Mister SRAS ». Cette animation annuelle propose aux hébergés volontaires de réaliser un concours où sera élu Mister SRAS, à l'image du concours Miss France®. Le jury est composé de femmes : professionnelles, stagiaires ou bénévoles, venant régulièrement au sein de l'établissement. Les hébergés volontaires sont préparés plusieurs semaines à l'avance. Ils doivent alors « *se faire beaux* », s'entraîner à défiler et se préparer à faire un discours ou bien à chanter une chanson. Les hébergés sont fortement enjoins à participer, et, *a minima*, à être présents lors de l'événement. Pour cette occasion, les participants sont rasés, leurs cheveux sont coupés et les vêtements qu'ils portent sont sélectionnés avec soin. Si ce sont les hébergés qui choisissent leur tenue, de nombreux conseils vestimentaires sont formulés par les travailleurs sociaux. Les vêtements choisis sont le plus souvent des costumes, portés avec une cravate. Quelques fois, des hébergés ont porté des accessoires les différenciant, comme un chapeau ou une paire de lunettes de soleil. Pour les professionnels, ce moment annuel vise à ce que les hébergés prennent soin d'eux et que cela favorise plus largement leur estime d'eux-mêmes. Ce défilé, à l'instar de la sortie à la piscine décrite plus haut, peut être analysé comme une cérémonie sociale visant à sacraliser les codes du « beau », tels qu'ils sont socialement construits par travailleurs sociaux. Les fêtes de fin d'année apparaissent elles aussi comme des cérémonies valorisant leurs propres goûts esthétiques :

« Je sais qu'ils sont pas habitués à se voir dans les miroirs. Moi à Noël je me marre, je les habille et après je les mets devant un grand miroir et je leur dis, regarde comme tu es beau ! "*Oh ouais, je suis beau là !*". Ah ouais c'est marrant de les voir, c'est super rigolo, ils se métamorphosent. Ça c'est une récompense, on a une récompense quand on voit nos gars avoir envie d'être bien habillés... d'être propre, d'être beau, j'aime bien quand il y a un gars qui me dit : "*t'aurais pas un peu de parfum ?*". Tu vois ça, ça me fait plaisir. Miguel il est vachement coquet, il a envie qu'on lui dise qu'il est beau tout ça. Alfred, ce matin, je lui dis tu mets ça, tu mets ça avec ça, tu vas voir ça va faire bien, ah bon d'accord. Parce que des fois Alfred, le pantalon tout au ras des pâquerettes... je lui ai dit, ce pantalon-là ce n'est pas possible, tu peux pas continuer de t'habiller comme ça ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 54 ans, CHRS de la SRAS

Lynda indique ainsi combien les hébergés se « *métamorphosent* » lors de ces moments institutionnels. Durant l'élection Mister SRAS, les professionnels insistent très largement sur le fait que les candidats sont « *méconnaissables* ». Plus un hébergé transforme son apparence, plus il a d'ailleurs de chance d'être élu. Ces transformations corporelles constituent ainsi des supports pour évaluer les efforts et le mérite des hébergés (Loretti, 2020). Cette métamorphose sous-tend au final la disparition des stigmates corporels de la vie à la rue.

Si ce sont les hébergés qui sélectionnent leurs vêtements, Lynda explique tout de même qu'elle intervient dans ce choix : « *je lui dis tu mets ça, tu mets ça avec ça* ». Ce sont assurément ses propres codes esthétiques qui façonnent cette sélection. Ainsi, Lynda souligne que le « *pantalon ras des pâquerettes* » ne convient pas, et qu'au contraire, l'hébergé qui se parfume est lui tout à fait valorisé. C'est là une manière subtile dont se transmettent les normes corporelles : par la valorisation. Les travailleurs sociaux ont une connaissance fine des habitudes corporelles des hébergés, ce qui leur permet de repérer chaque petite évolution et ainsi de la sanctionner comme de la valoriser. Celui qui met le même t-shirt depuis trois jours sera repéré et invité à en changer. À l'inverse, celui qui revient avec une nouvelle coupe de cheveux se verra complimenté. Le soin que les hébergés se portent s'inscrit ainsi dans un système de valorisation visant à ce qu'ils modifient durablement leurs dispositions corporelles.

Cependant, cette entreprise douce de transformation des corps ne doit pas euphémiser la violence de classe qui y procède. Les situations où se repèrent de fortes distances quant aux catégories du sain, du bon, ou même du propre sont récurrentes au sein du monde de l'assistance. Les professionnels expriment par exemple des phrases telles que : « *on n'a pas la même conception du ménage* », ou encore « *on n'a pas la même notion de la douche* ». Une part de leur travail consiste précisément à réduire cette distance, en travaillant à faire adhérer les hébergés à leurs propres normes. La réalisation d'un atelier de sophrologie au sein d'une pension de famille à laquelle j'ai assisté est un bon exemple de cette rencontre de classe. J'accompagne un matin une professionnelle du pôle santé dans le cadre d'un atelier qu'elle organise dans cet établissement d'Envol. À notre arrivée, les locataires¹ nous servent le café. Nous discutons environ une heure avant que débute la séance de sophrologie. Une locataire se dit fatiguée. Christine, la professionnelle que j'accompagne, lui parle de vitamines et lui conseille de manger beaucoup de pamplemousses. Elle lui conseille également de réguler son sommeil et de se coucher à des horaires fixes. L'un des locataires intervient et explique qu'il

¹ Les usagers des pensions de famille sont locataires de leur appartement.

n'y a pas si longtemps, il se levait à midi tous les jours. Christine lui dit qu'elle ne trouve pas ça bien et ajoute que cela peut être un « *syndrome de la couette* », ce qu'elle précise comme étant une « *dépression larvée* », manifestée par un besoin d'être emmitouflé.

Passé ces échanges, le professeur de sophrologie arrive. Il y a un peu moins de dix personnes. Christine me propose de participer à la séance de sophrologie, ce que j'accepte. Le professeur demande à tout le monde de se mettre debout et explique que la sophrologie sert à chasser les tensions inutiles. Il nous fait respirer par le ventre, puis lever les bras et les relâcher à plusieurs reprises. Il explique qu'un côté du corps est lié au travail, l'autre à l'entourage. Nous étirons ensuite les deux bras ensemble en les reliant au-dessus de nos têtes. Christine, l'éducatrice, nous observe et ne participe pas. Un hébergé refuse de participer et nous regarde de loin avec un air dubitatif. Il s'en va au bout de quelques minutes.

L'intervenant dit que l'on n'est pas obligé de le regarder et que l'on peut se mettre où l'on veut dans la pièce. Néanmoins, tout le monde le regarde, et nous respectons scrupuleusement la ronde formée au départ. Il conseille de fermer les yeux, mais je vois que nous les gardons ouverts en majorité. Le silence est requis, et quand un homme rit nerveusement au cours de la séance, le professeur lui demande doucement de se taire. Au milieu de la séance, le professeur nous demande de nous adosser à un mur. Il explique qu'il faut entrer en connexion avec son corps. Il nous demande de nous détendre lentement, de la tête aux pieds, en étant attentif au fait de ressentir des sensations dans toutes les parties de son corps. Un locataire ne s'est pas adossé comme demandé et est resté au milieu de la salle.

Durant son discours, l'intervenant dit des phrases telles que : « *il faut être responsable de sa santé* », « *c'est à vous de faire vivre la salle d'activité* » (dans laquelle nous sommes), « *vous êtes les seuls responsables de vous-mêmes* », « *vous êtes les seuls à penser à vous pour vous* ». Quand le professeur nous indique d'ouvrir les yeux, il nous demande d'interroger comment se sent notre ventre et notre équilibre. Après une petite heure de séance, nous nous rasseyons sur la grande table et nous sommes invités par l'enseignant à décrire nos sensations corporelles. Un locataire dit avoir eu des vertiges et mal à la tête. Il complète en disant avoir eu des pensées négatives puis s'être endormi. Une autre dit avoir eu la tête qui tourne. Il m'interroge sur ce que j'ai ressenti : je réponds des fourmillements et globalement un mieux-être. Une locataire se cache derrière son pull, et dit ne pas vouloir être interrogée. Juste après, un homme se lève pour partir avant d'avoir exprimé son ressenti, mais Christine lui demande d'attendre encore cinq minutes, la fin de la séance. L'intervenant explique alors à l'homme fuyant, dont les mains tremblantes témoignent de la nervosité, qu'il faut mettre « *son énergie à*

contribution pour agir » et « *être acteur et non passif de sa vie* ». Le locataire se rassoit, mais ne prendra pas la parole. Une femme explique qu'elle préférerait faire de la sophrologie toute seule chez elle, ce à quoi Christine explique que c'est mieux en collectif. L'intervenant dit que c'est tout de même une bonne méthode d'endormissement qui permet de se focaliser sur soi. Il ajoute que pour un bon sommeil, il faut éteindre la télévision, et privilégier la lecture ou l'écoute de la musique. Il explique ensuite que le matin, il faut se reconnecter à son corps et se regarder dans un miroir pour cela. La locataire répond en riant qu'il ne vaut mieux pas, sinon elle va faire un arrêt cardiaque. La séance prend fin. En tout, deux personnes sont parties durant l'intervention.

La participation observante de cet atelier permet de saisir la rencontre de classe qui s'y joue. La sophrologie et les propos de l'intervenant visent la prise de conscience corporelle, ce à quoi les locataires de la pension de famille ne semblent qu'en partie réceptifs. Les départs, le rire, et la tentative de se cacher sont autant de signes qui témoignent de la distance qui sépare les accueillis de ces pratiques. Cette séance vise à modifier le rapport au corps des hébergés, cherchant à leur apprendre à ressentir, décrire des sensations corporelles, mais aussi à rester silencieux et assis. Savoir exprimer ses ressentis corporels n'a en outre rien d'évident et procède également d'enjeux de classe. Je suis d'ailleurs la seule à évoquer des effets positifs et apaisants à la suite de la séance, les hébergés s'étant surtout sentis déstabilisés, évoquant des sentiments de gêne, voire des maux de tête. Éduquer aux sensations corporelles, non seulement à les dire, mais aussi à les ressentir positivement, n'est pas le seul enjeu de cet atelier, puisque le sommeil et l'alimentation sont également abordés. Au sujet du sommeil, c'est à nouveau un point de vue situé qui est présenté comme une bonne conduite universelle : la télévision est bannie au profit de la lecture et de la musique, activités culturellement plus distinctives (Bourdieu, 1979). Enfin, cette séquence souligne à de nombreuses reprises la responsabilisation des hébergés sur leur propre santé, les positionnant comme des acteurs de celle-ci. Le corps en lui-même ne doit pas constituer une fatalité, mais plutôt être une ressource performative. Dans cet atelier, c'est donc une entreprise de normalisation des conduites corporelles qui se déploie. La transmission de ces normes s'accomplit de manière douce, voire chaleureuse, dans le cadre de ce moment collectif. Mais aussi douces que soient ces techniques, il ne faut pas négliger le fait qu'elles puissent être vécues comme une violence symbolique pour les accueillis. On peut d'ailleurs se demander si ce n'est pas finalement dans ces temps institutionnels où la violence est « retenue » (Darmon, 2015 [2013], p. 60) que s'accomplit le mieux la prise exercée par l'institution sur les conduites

corporelles des accueillis. C'est vraisemblablement par cette normalisation *en douceur* que les dispositions des hébergés se voient le plus efficacement modifiées.

III. Symétriser l'accompagnement : une institution « enveloppante »

Si cette prise institutionnelle est révélatrice des relations asymétriques qui structurent l'hébergement social, ces rapports de pouvoir ne disent pas tout de l'accompagnement réalisé auprès des hébergés dans ces institutions. Sans nier cette part asymétrique de la relation d'aide, il s'agit de tenir compte qu'elle ne s'épuise pas dans la description de ces pratiques normalisatrices. En effet, il est clair que les accompagnants ne cherchent pas à dominer les hébergés et aspirent encore moins à les violenter. Aussi, ils se montrent réflexifs sur l'aide qu'ils apportent en tenant compte du point de vue des hébergés, et en questionnant leurs propres pratiques (Gardella, 2017). Ils s'ajustent au quotidien pour les accompagner au plus près de leurs besoins et symétriser leurs relations avec eux (Payet, Purenne, 2016 ; Gardella, 2017). Cette notion de symétrisation renvoie « tout à la fois à une transformation des dominations professionnelles, à une extension du cercle des égaux, à une perspective d'interchangeabilité des places, à des formes de participation politique plus actives, et enfin à un idéal d'inclusion » (Payet, Purenne, 2016, p. 19). Si les pratiques coercitives existent, elles ne montrent qu'une facette des institutions d'hébergement, dans lesquelles l'empathie demeure la règle principale.

Plus que des institutions totales, les institutions d'hébergement s'apparentent donc plutôt à des « institutions enveloppantes », conceptualisées par Muriel Darmon au sujet des classes préparatoires (Darmon, 2015 [2013]). Ce concept a le mérite de tenir ensemble l'aspect englobant, et parfois violent de l'institution, tout en prenant en compte son souci de bienveillance. « Ce sont donc des institutions qui sont, comme l'institution préparatoire, tout à la fois totales, disciplinaires, protectrices et productrices » (Darmon, 2015 [2013], p. 84). C'est donc ici à ce processus visant le bien-être des usagers dont il est question, cette part de l'accompagnement social permettant de saisir au plus juste le rôle de l'institution d'hébergement auprès des sans-abri.

1. Renoncer à la contrainte

La prise en charge des hébergés, si elle peut se montrer violente par moments, implique également bien souvent que les professionnels renoncent à imposer leur point de vue. Ce renoncement s'incarne en pratique autour de la situation de Jean-Michel, un hébergé de Virgile de 56 ans. Ce dernier souhaite vivement obtenir un appartement. Cependant, pour Hugo, son

réfèrent, l'accompagnement vers un logement est prématuré. Hugo me dit que Jean-Michel est très angoissé au quotidien, y compris pour se faire à manger et pour se laver. Il estime donc que Jean-Michel n'est pas prêt à avoir un logement. Toutefois, bien qu'Hugo ait exprimé ses doutes, Jean-Michel campe sur sa décision, l'importance d'avoir un logement individuel tenant pour lui notamment au fait de pouvoir y recevoir sa fille mineure. Cette divergence de points de vue aboutit au fait que ce sera bel et bien la décision de Jean-Michel qui primera :

Chloé : Et là par rapport à tes¹ problèmes de santé, tu sais comment ça va se passer pour l'avenir ?

Je sais pas, Hugo il envisage rien pour l'instant. Il me dit que ma demande de logement elle est prématurée, tant que je ne vois pas le bout du tunnel.

Chloé : Et toi tu penses quoi de tout ça ?

Je dis que ça sert à rien de bloquer ma demande de logement, c'est ce que j'ai dit à Hugo, elle est en cours, si ils me proposent un appartement, je m'en vais. Il me dit je peux pas te retenir, si tu veux partir, tu pars, mais sache que tu as des problèmes de santé, et il faut me laisser le temps de m'organiser.

Chloé : Et toi tu penses qu'avec tes problèmes de santé ça pourrait le faire dans un appartement ?

Bah oui, c'est ce que j'ai dit, tu me mets les soins qu'il me faut et puis voilà quoi, une aide à domicile, puisque j'y ai droit par la sécu.

Chloé : Donc en fait ce que Hugo veut c'est que d'abord tu fasses tes soins avant l'appartement ?

[...]. Oui, mais pour moi c'est pas la priorité, c'est l'appartement d'abord, sortir de Virgile, d'avoir mes aides que j'ai droit par la sécu. Que Marie [IDE] elle fasse accélérer les choses. Voilà, je me suis fixé ça.

Chloé : Même si Hugo te conseille de rester, toi tu partiras quand même ?

Ah ouais il le sait, je lui ai dit, moi Virgile c'est pas mon avenir. C'est pas parce que je suis malade qu'il faut m'enfoncer ici. Il me dit ouais je comprends bien, je me mets à ta place et tout, mais le mieux c'est que tu guérisses. Je lui dis ouais, mais si j'ai un appartement j'aurais les mêmes aides, je vais guérir pareil. Il a fini par tomber d'accord ».

Jean-Michel, 56 ans, hébergé à Virgile

Jean-Michel indique ainsi qu'Hugo s'est « *mis à sa place* », ce qui a favorisé le fait qu'il accède à son propre point de vue. Dans cette situation, c'est donc le choix de l'hébergé qui

¹ Cet hébergé m'a demandé à être tutoyé.

prime sur celui du professionnel, bien qu'Hugo lui ait témoigné sa réticence. Les mêmes processus de renoncement se retrouvent directement au sujet des soins :

« On ne peut pas obliger la personne à faire un examen [...]. Après ça se travaille quand la personne elle refuse et puis des fois c'est pas bloqué, aujourd'hui elle n'est pas bien elle va dire non, et puis demain elle va dire oui. C'est pour ça que lorsque j'accompagne monsieur Clamard [un hébergé de la SRAS] voir son médecin pour préparer une endoscopie pour son estomac et qu'il refuse catégoriquement, bon là, j'en parle à mon chef, je dis oui il refuse, il me dit bah Yassin tu fais comme tu es en train de faire, tu essaies de le persuader, s'il veut pas on ne va pas l'obliger non plus, bon voilà. Il n'y a pas mort d'homme, là ».

Yassin, travailleur social non diplômé, 40 ans, CHRS de la SRAS

Si les professionnels cherchent bien à convaincre et à persuader de différentes manières les accueillis, cette insistance peut s'avérer insuffisante. Aussi, les professionnels savent renoncer à ce qu'ils estiment bon pour la personne. En effet, se passer du consentement des hébergés est non seulement amoral, mais peut aussi être contre-productif, le risque étant d'abolir toute relation de confiance pour la suite de l'accompagnement. Tenant compte de la réception de l'aide qu'ils apportent (Gardella, 2017), les professionnels estiment la plupart du temps qu'il vaut parfois mieux renoncer à un soin envisagé, plutôt que de l'imposer par la contrainte.

« La difficulté voire l'impossibilité d'imposer des soins à des personnes qui ne veulent pas se soigner : se pose ici la question du risque de toute-puissance des intervenants médico-sociaux : il faut savoir être capable de renoncer à désirer pour l'autre même si celui-ci a des difficultés à décider ce qui est bon pour lui, y compris dans les situations où le pronostic vital est en jeu, ce qui peut s'avérer extrêmement difficile à vivre pour les professionnels » (rapport d'activité, 2003).

Cet extrait d'un rapport d'activité montre bien la réflexivité des acteurs quant au risque de « *toute-puissance* » de leur intervention. Bien qu'ils estiment savoir ce qu'il serait mieux pour l'hébergé – ce dernier étant présumé comme ayant « *des difficultés à décider ce qui est bon pour lui* » –, les professionnels concèdent qu'il est nécessaire de parfois savoir renoncer à s'imposer. En ce sens, la coercition est souvent perçue comme plus dommageable que le soin qui est abandonné.

Au sein des LAM, Élodie [AES] explique à sa collègue Lina [AES] qu'un hébergé ne souhaite pas prendre sa douche, et ne sait pas comment réagir. Lina lui dit que ça fait trois jours qu'il en prend une tous les jours, et ajoute

« *si ça se trouve, avant, il n'en faisait qu'une par semaine* ». Elle conseille alors à sa collègue de ne « *pas forcer* » et de « *respecter son histoire de vie* ».

Extrait des notes d'observation, mercredi 4 décembre 2019

Lina cherche ainsi à s'ajuster à l'accueilli et à sa trajectoire singulière – « *son histoire de vie* » –, en évitant de lui faire violence par l'imposition d'une douche quotidienne. À l'image de cette situation, les professionnels vont généralement préférer différer leur intervention plutôt que de l'imposer (Gardella, 2017). Cela implique que les travailleurs sociaux réalisent un travail d'ajustement, en mettant à distance leurs propres normes sanitaires en cherchant à accéder à celles de l'hébergé. Ce ne sont donc pas que les accueillis qui voient leurs normes sociales modifiées au sein de l'institution. Les professionnels eux-mêmes réalisent un travail de déconstruction de leurs propres normes pour tenir compte des singularités des hébergés.

Cette singularisation se repère également dans le travail de patience que mènent les professionnels au sujet de l'hygiène, cherchant à identifier le bon moment pour proposer les soins (Bessin, 1998). La sélection du moment opportun varie selon les individus accompagnés et témoigne de connaissances fines détenues par les professionnels à leur égard. Cette singularisation est une caractéristique propre des institutions enveloppantes, en ce qu'elles agissent en tenant compte des individualités des usagers dont elles ont la charge plutôt qu'en homogénéisant leur prise, indifféremment des personnes accompagnées (Darmon, 2015 [2013]). Aussi, en travaillant à produire des compromis avec les accueillis, ils s'engagent dans une personnalisation de l'accompagnement. Parvenir à négocier que l'hébergé prenne sa douche, mais céder sur le shampoing est un bon exemple de ces négociations, analysées par Laureline Coulomb et également repérées sur le terrain (Coulomb, 2018).

2. *Le travail relationnel comme travail d'ajustement*

Ce travail d'ajustement ne passe pas seulement par le renoncement des professionnels à imposer ce qui leur semble bon pour les hébergés. Ils cherchent aussi à accéder à ce à quoi les hébergés aspirent et ainsi « être au plus près des situations concrètes pour les traiter avec justesse, notamment de manière à s'assurer que l'aide apportée répond bien aux attentes sinon aux demandes du bénéficiaire » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p. 77). C'est principalement par le travail relationnel qu'ils mènent que les professionnels parviennent à singulariser l'accompagnement.

Nous nous installons dans la salle d'attente du psychiatre avec Hervé, hébergé au FPV. Aline [ES] demande à Hervé comment s'est passée sa journée, car il

était à l'hôpital de jour. Il raconte à Aline qu'ils ont lu et discuté des articles de presse. Ils ont aussi parlé de la manière de gérer son argent. Hervé dit qu'il n'a jamais géré son budget comme cela lui a été montré dans cet atelier. « *J'ai jamais réussi à gérer* » ajoute-t-il. Aline lui demande ensuite comment il se sent en ce moment à Virgile. Hervé répond qu'il s'ennuie beaucoup et qu'il aimerait travailler. Aline lui demande s'il pourrait avec les traitements qu'il a, ce à quoi Hervé acquiesce, en expliquant qu'il pourrait conduire des véhicules légers en reprenant son métier de chauffeur. Il dit à nouveau qu'il trouve que les journées sont « *vraiment très longues* ». Il reste souvent dans le hall de Virgile pour tuer le temps et « *voir un peu d'animation, car j'ai vraiment rien à faire* ». Il dit qu'en plus, ça ne se passe pas très bien avec la personne avec qui il partage sa chambre¹. Aline lui demande s'il veut retourner sur les chambrettes individuelles, mais Hervé refuse et dit que pour le moment il préfère garder sa clé. Peut-être qu'il retournera dans les chambrettes quand il n'en pourra plus. Le médecin ouvre la porte, Hervé se lève et demande à la psychiatre s'il peut être accompagné d'Aline et moi pour sa consultation.

Extrait des notes d'observation, lundi 18 mars 2019

Par la parole, Aline cherche ici à saisir les ressentis d'Hervé, pour parvenir à l'accompagner au plus près de ses besoins. L'écoute attentive constitue en cela un véritable « outil du travail social » (Boujut, 2005, p. 145), essentiel pour parvenir à singulariser l'accompagnement. Visant la subjectivation des hébergés (Astier, Duvoux, 2006), cet ajustement des travailleurs sociaux à leurs besoins par le travail relationnel passe par la multiplication des occasions d'échanges. Les espaces institutionnels sont ainsi envisagés comme des lieux propices à la parole. Garder presque toujours le bureau ouvert, inviter à entrer et à faire s'asseoir un hébergé resté sur le pas de la porte, disposer des chaises et fauteuils face au bureau constituent autant d'invitations à l'écoute. Frédérique Giuliani évoque en cela une « maïeutique de la rencontre », favorisée par l'ambiance chaleureuse et intime de ces espaces (Giuliani, 2013, p. 56). Les travailleurs sociaux ont en outre conscience que les échanges formels, dans un bureau, peuvent constituer une violence symbolique. Ils cherchent alors à favoriser les échanges dans d'autres configurations, comme par exemple dans une salle d'attente, sur un banc ou durant un trajet de voiture. Il s'agit à la fois de saisir tous les temps institutionnels comme des occasions propices au travail relationnel, mais aussi de symétriser le travail relationnel en se plaçant dans ces configurations différentes, à côté de l'hébergé et non plus en face de lui.

¹ Hervé est depuis peu accueilli sur un dispositif particulier au sein de Virgile, où les personnes disposent d'une chambre individuelle ou double (c'est le cas d'Hervé), pour laquelle ils disposent d'une clé. Ils peuvent ainsi y rester la journée et aller et venir à leur souhait dans l'établissement.

S'ajuster par le travail relationnel passe également par l'adaptation de la durée, et du moment de l'échange qui convient le mieux aux hébergés. Les professionnels ne fonctionnent que rarement avec des rendez-vous prévus, mais s'ajustent, sur le moment. Ils préservent alors souvent des temps libres dans leurs emplois du temps afin de pouvoir être à l'écoute des hébergés aux moments opportuns. Annick explique ainsi comment cet environnement propice à l'écoute l'a progressivement conduite à se raconter :

« Ils m'ont laissée, je pense qu'ils m'ont laissée un petit peu, pour voir comment je me comportais, qui j'étais, parce que bon c'est sûr, même pour eux, il faut qu'ils apprennent à connaître la personne, et comme je parlais très peu, je m'intégrais pas du tout... [...]. J'avais du mal. Je pleurais beaucoup, alors elles me disaient [les travailleuses sociales], mais s'il y a besoin, venez nous voir, on va en parler. J'ai dit non, je veux pas, je gardais tout pour moi [...]. Donc ils m'ont laissée venir vers eux, ils m'ont pas imposé. Bon de toute façon ça n'aurait pas fonctionné avec moi donc... Non non et puis maintenant je veux bien discuter avec eux sans problème quoi, il y a aucun souci. Ils ont bien fait leur boulot [rires] ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Dans cet extrait, Annick décrit bien ces invitations à échanger, ainsi que la patience dont ont fait preuve les professionnelles sans lui imposer de s'astreindre à se raconter. Les institutions d'hébergement, en tant que lieux d'écoute (Fassin, 2004a), sont ainsi souvent appréciées par les accueillis :

« En fait, à des moments ça fait du bien de parler, on arrive à se libérer. Quand on est tout le temps enfermé sur soi, quand on arrive à se libérer, même pour la tête c'est mieux en vrai, parce que c'est aussi pour ça à des moments qu'on s'énerve pour rien ».

Bryan, 20 ans, hébergé à Virgile puis au CHRS des Rivières

De nombreux hébergés soulignent ainsi les bienfaits de la parole et de l'écoute des professionnels. Je l'ai montré au chapitre précédent, le récit de soi, tel qu'il est attendu dans ces institutions, est socialement codifié. Toutefois, loin de la seule image d'une injonction au récit de soi comme une nouvelle arme de gouvernement des pauvres, il faut avancer que le travail relationnel permet aussi une forme de reconnaissance sociale par le biais de cette écoute. Les sans-abri, rarement écoutés au sein de la société (Coulomb, 2020), trouvent au sein des centres d'hébergement des espaces d'écoute attentifs et soutenant. Permettant de reconnaître l'existence et la dignité de l'autre, le travail relationnel favorise en outre la symétrisation des relations d'aide par l'accès des professionnels aux vécus et aux besoins des accueillis.

3. *Se mettre à la place de l'accueilli*

La symétrisation des relations, outre le travail relationnel, passe également par le fait que les professionnels puisent dans leurs propres expériences pour comprendre le vécu des hébergés. Ainsi, alors qu'un professionnel conseille à un hébergé de réduire sa consommation d'alcool dans une salle d'attente, il finit par concéder qu'après tout, lui aussi est dépendant au tabac. Il lui dit donc qu'il comprend ce qu'est l'addiction et le rejoint sur le fait que réduire ses consommations est une chose particulièrement complexe. Le fait que les professionnels parviennent à faire du lien entre leurs expériences personnelles et le vécu des hébergés est une ressource majeure de la symétrisation des relations. C'est également le cas au sujet des médicaments :

J'accompagne un professionnel dans la distribution des médicaments. Je lui demande s'il connaît les médicaments qu'il distribue. Il me dit qu'il les reconnaît, car il a lui aussi été malade : il a fait une dépression. S'il voulait être à la mode, il dirait avoir fait un *burn-out*. C'était lié à plusieurs choses, dont le travail. Il me dit qu'il a eu des traitements et que maintenant il les reconnaît quand il les distribue. Il me parle notamment du Seresta®, et me dit que maintenant il comprend mieux ce que ça fait. Avant, quand il manquait un médicament, il disait juste : « *bah c'est pas grave, tu en auras un autre demain* ». Mais maintenant il sait ce que ça fait de ne pas l'avoir et dit être plus attentif à cela [...]. Il me dit également que certains de ses collègues ont tendance à dire : « *tiens on va le secouer un peu celui-là* », alors qu'il sait désormais que c'est tout sauf la bonne chose à faire face à quelqu'un de dépressif.

Le fait d'avoir lui-même été confronté à la maladie permet à ce professionnel d'adapter son travail et de se situer plus près des besoins des accueillis. Cette expérience partagée de la vulnérabilité est un levier majeur de la symétrisation des relations en ce qu'elle favorise une meilleure compréhension d'autrui. De surcroît, cette situation souligne que les travailleurs sociaux sont réflexifs sur leurs propres pratiques, et qu'ils peuvent les faire évoluer dans le temps, ce travailleur social agissant différemment depuis qu'il a souffert de cette dépression.

Le travail en établissement collectif favorise en outre l'empathie vis-à-vis des conditions de vie proposées aux accueillis : aussi ai-je entendu de nombreuses fois des professionnels dire qu'ils ne supporteraient pas eux-mêmes ces conditions, s'ils étaient hébergés de la sorte. Lola, accompagnant un hébergé de Virgile à visiter le CHRS des Peupliers dans lequel il est orienté par le SIAO me dit qu'elle a failli se mettre à pleurer tant elle avait honte des conditions d'hébergement qui allaient lui être proposées. « *J'étais écœurée de faire ça* » dit-elle, puisant dans le registre émotionnel pour témoigner de son désarroi professionnel. La compassion,

l'empathie, est une dimension centrale du travail avec autrui, et outre les sentiments moraux, ces ressentis sont des supports de travail permettant aux professionnels de se mettre à la place des personnes accompagnées. Cette disposition empathique n'est possible que parce que les rôles institutionnels ne s'épuisent pas dans leurs définitions officielles (Dubois, 1999). À l'image des deux corps du guichetier étudiés par Vincent Dubois – l'un renvoyant à la dimension institutionnelle du rôle du professionnel et l'autre à sa dimension subjective –, les travailleurs sociaux composent avec ces deux aspects de leur rapport au travail (Dubois, 1999). C'est bien en s'appuyant sur leur deuxième corps, subjectif, qu'ils parviennent à se montrer empathiques et à symétriser leurs relations avec les accueillis.

Ce dépassement du rôle institutionnel est particulièrement remarquable au sujet des hébergés en situation irrégulière. Les professionnels d'Envol refusent ainsi unanimement de donner les noms des personnes accueillies en situation irrégulière et encore moins de « livrer » ces hébergés aux services de police qui le leur demandent parfois :

Une éducatrice m'explique une situation durant laquelle la police aux frontières est venue au centre d'hébergement. C'est un travailleur social, très stressé, qui les a accueillis. Il a improvisé, et a précisé aux policiers qu'ils devaient être reçus par le chef de service. Alors que ce dernier a reçu les services de police, il a fermé la porte du bureau puis a foncé avec ses collègues pour cacher l'hébergé dans une autre chambre. L'éducatrice me dit qu'une autre fois, un travailleur social a caché un hébergé en situation irrégulière dans sa voiture à la venue de la police.

Les professionnels vont ainsi par moments bien au-delà de leur mandat professionnel pour faire ce qui leur semble juste. La part subjective qui est ici mobilisée renvoie aux valeurs politiques voire militantes des professionnels, relativement partagées au sein de l'association¹. Dans cette situation, les asymétries institutionnelles sont dépassées. Les professionnels renoncent à leur position dominante en s'exposant eux-mêmes. La relation se symétrise alors par le fait que les accompagnants en viennent parfois à se positionner comme alliés des accompagnés.

Annick arrive au bureau, et demande si elle peut appeler la CAF. Adelaïde, travailleuse sociale, lui donne le téléphone. Après de longues minutes d'attente, Annick parvient à avoir quelqu'un, qui lui demande de rappeler plus tard. Annick est visiblement en colère. Adelaïde dit en souriant à Annick : « *j'ai l'impression que vous n'êtes pas très patiente !* », elle lui répond qu'au contraire, elle est patiente, car ça fait 15 jours qu'elle n'a pas

¹ Voir au chapitre 5 pour plus de détails.

son RSA. Annick finit par avoir une opératrice et met le téléphone en haut-parleur : l'opératrice explique qu'ils ont envoyé un courrier au CCAS [centre communal d'action sociale], et qu'Annick avait une convocation, à laquelle elle ne s'est pas rendue. Son RSA a été stoppé pour cette raison. Annick répond qu'elle n'a jamais eu ce courrier, et que ça fait des jours qu'elle essaie de joindre la personne qui lui a justement coupé le RSA sans succès. Elle demande quand elle va toucher son allocation, car cela devient difficile pour elle. L'opératrice répond qu'on ne peut rien faire de plus aujourd'hui et qu'ils vont la recontacter pour qu'elle ait un rendez-vous. D'un geste vif, Adelaïde s'empare du téléphone et lance : « *depuis quand on envoie des contrôles dans les domiciliations ?* ». L'opératrice répond que ce n'était pas un contrôle, mais une convocation. Adelaïde enchaîne en disant que c'était la première, et que c'est uniquement là-dessus qu'ils lui coupent ses ressources. « *Vous vous rendez compte de ce que c'est de vivre avec rien du tout ?* » L'opératrice dit à nouveau ne rien pouvoir faire, et l'échange se termine.

Extrait des notes d'observation, lundi 22 avril 2019

La position intermédiaire des travailleurs sociaux, connaissant les rouages comme les failles du système de protection sociale, fait qu'ils ont une place de choix pour résister à certains fonctionnements administratifs, comme ici. Au-delà de cette situation, les travailleurs sociaux rencontrés sont très souvent enclins à défendre les personnes qu'ils accueillent, certains m'expliquant même être encore plus en colère par certaines situations que les hébergés directement concernés.

Cette empathie se fonde enfin parfois sur de véritables relations affectives entre accompagnants et accompagnés. Julie m'explique ainsi avec émotion qu'une femme qu'elle a accompagnée il y a quelques mois a donné naissance à une petite fille qu'elle a nommée Julie, en son honneur. Si les dimensions affectives sont peu étudiées dans la sociologie du travail social, il reste que la relation d'aide engage émotionnellement les personnes qu'elle implique. Un midi à Virgile, Marie, infirmière, pose la question suivante : « *vous prenez quel hébergé à dormir chez vous ?* ». Tous ont alors évoqué des sentiments d'attachement avec des accueillis, auxquels ils portent une certaine tendresse. Cette affectivité, vécue sur le mode du respect mutuel, permet de donner du sens au travail en centres d'hébergement (Parizot, 2003). L'engagement affectif à autrui est ainsi un support central de la symétrisation des relations, puisqu'il permet par moments d'atténuer le poids de l'asymétrie des rôles institutionnels.

Aussi, les accueillis ne sont pas appréhendés de manière homogène, réduits à une masse d'individus auxquels seraient appliqués des traitements institutionnels standardisés. C'est un véritable travail de singularisation qui s'accomplit dans ces établissements. En ce sens, si les professionnels ne sont pas interchangeables, les personnes accompagnées ne le sont pas

davantage. Cette capacité de l'institution à fonctionner à travers cette singularisation de l'accompagnement correspond précisément aux institutions enveloppantes décrites par Muriel Darmon : « puissante, mais non totalitaire, violente, mais soucieuse du bien-être de ses membres, elle opère en individualisant à l'extrême plutôt qu'en homogénéisant, renforçant de ce fait sa prise sur les individus qui en sont membres » (Darmon, 2015 [2013], p. 29). Aussi, la prise institutionnelle qui est exercée oscille dans les centres d'hébergement entre la contrainte et la bienveillance, cette tension assurant au final son efficacité.

IV. Du vécu institutionnel par les hébergés

Les apports concernant la prise institutionnelle exercée sur les hébergés ouvrent la réflexion, dans la dernière partie de ce chapitre, au degré d'adhésion des accueillis à cette institution enveloppante (Darmon, 2015 [2013]). Il s'agit alors de regarder le vécu institutionnel des hébergés, en portant une attention à ce qu'Erving Goffman appelle « la vie clandestine » (Goffman, 1968 [1961], p. 227). En effet, aussi puissante que soit l'institution, ses membres se construisent des marges de manœuvre, indispensables pour tenir dans ces contextes de vie. Il s'agit donc de regarder dans quelle mesure les accueillis adhèrent et résistent à cette prise institutionnelle, et comment ces derniers maintiennent des formes de préservation d'eux-mêmes dans ce contexte.

1. Le vécu temporel entre adhésion et distance à l'institution

En écho à la partie précédente, il faut souligner que les accueillis s'insèrent eux aussi dans des relations affectives avec les personnes qui les accompagnent. Ils apportent parfois des cadeaux aux professionnels et témoignent plus souvent d'un discours de gratitude plutôt que de critiques vis-à-vis d'eux. Les hébergés sont souvent touchés par les départs des travailleurs sociaux, montrant combien les relations qui se nouent entre accompagnants et accompagnés se fondent sur une certaine affectivité. À la SRAS, les accueillis se sont ainsi cotisés pour offrir un bouquet de fleurs à une assistante sociale quittant l'établissement. L'un des hébergés a même versé quelques larmes lors de son pot de départ. Pour les professionnels, ces témoignages d'affection constituent des « rétributions symboliques » essentielles à leur travail (Castra, 2003). Dans la mesure où ils portent une grande attention à la manière dont leur aide est reçue (Gardella, 2017), ces témoignages d'affection constituent une forme privilégiée de reconnaissance sociale de leur travail mené.

Au sujet du travail quotidiennement mené à leur égard, les hébergés sont ainsi souvent surpris de l'empathie et de la patience dont les travailleurs sociaux font preuve (Parizot, 2003).

« Bah ils [les travailleurs sociaux] ont réussi à me faire réfléchir mentalement en fait, vraiment sur le niveau... Ils n'ont pas été trop sur le côté professionnel, ça j'ai plus osé y aller tout seul, mais niveau mental, niveau comportement c'est eux qui m'ont le plus aidé, du coup là-dessus ils sont tops. Après c'est leur métier aussi [...]. Comment dire, l'épreuve difficile, on doit réussir à la surmonter tout seul en vrai, certes c'est dur à faire, mais c'est faisable, on peut y arriver. J'en ai surmonté plus d'une quand même. Ça peut le faire ».

Bryan, 20 ans, hébergé à Virgile puis au CHRS des Rivières

Bryan souligne sa perception de la qualité du travail d'accompagnement mené à son égard, concédant qu'« *ils ont été tops* ». En prenant le point de vue des hébergés, il convient donc, là non plus, de ne pas réduire l'accompagnement à une relation asymétrique subordonnant les accueillis. Tel que le perçoit Bryan, la manière dont il a été accompagné a au contraire favorisé son mieux-être. Ses propos soulignent en outre que ce ne sont pas tant les professionnels qui ont exercé une prise sur lui, mais qu'il a dû trouver en lui-même les ressources pour s'en sortir : « *l'épreuve difficile, on doit réussir à la surmonter tout seul* », dit-il. Annick le rejoint sur ce point :

« Je n'avais pas de besoin en particulier, je savais que c'était moral, et qu'il fallait que je surmonte l'épreuve et que c'était à moi de travailler sur moi-même, voilà c'est tout ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Annick adhère à cette vision du temps de l'hébergement comme un temps de travail introspectif. Le sans-abrisme constitue alors pour Bryan et Annick une épreuve personnelle qu'il convient de surmonter, en mobilisant différentes ressources internes (Divay, 2008). Dave, hébergé au foyer du père Virgile, véhicule également cette vision de l'hébergement comme devant constituer un temps de travail sur soi (Vrancken, Macquet, 2006) :

« Donc si vous-même vous vous confinez dans un foyer, sans chercher à vous améliorer, à prendre en compte vos fautes, vous faites fi de ce qui s'est passé. Mais vous-même, remettez-vous en cause, il y aura beaucoup de choses qui vont changer [...]. Donc si vous êtes ici, remettez-vous en question pour pouvoir comprendre, pour ne plus faire la même erreur ».

Dave, 30 ans, hébergé à Virgile

Dave partage l'idée que le temps de l'hébergement se doit d'être un temps de remise en question visant à faire le point sur les erreurs du passé. En pratique, l'adhésion à ce travail

introspectif se traduit parfois par un investissement renforcé de la foi pour les accueillis. Plusieurs hébergés se sont par exemple fait baptiser depuis qu'ils sont en centres d'hébergement. En outre, des accueillis croyants m'ont également expliqué avoir renforcé leur foi depuis qu'ils sont hébergés, comme Dave notamment. Cet investissement religieux souligne finalement une certaine quête de sens, dans cet intolérable social que constitue le sans-abrisme.

Pour autant, on peut se demander si cette adhésion partagée à la logique introspective ne serait pas le résultat d'une socialisation institutionnelle particulièrement aboutie. En effet, l'institution ne vise pas tant à gouverner les pauvres qu'à parvenir à ce qu'ils se gouvernent eux-mêmes (Fassin, Memmi, 2004). Soutenant cette démarche de quête intérieure, l'institution d'hébergement constitue ainsi un dispositif de subjectivation, visant à faire transiter les sans-abri d'un statut de victimes à un statut de personnes responsables, disposant d'un pouvoir d'agir sur leur situation (Vrancken, 2006 ; Astier, Duvoux, 2006 ; Giuliani, 2013). En se positionnant eux-mêmes comme les responsables et les seuls acteurs de leur destin social, ces hébergés adhèrent ainsi parfaitement avec la logique institutionnelle véhiculée.

Mais si ces hébergés prennent le temps de l'hébergement comme un temps de travail sur eux-mêmes, tel que l'institution l'attend, cette posture n'est pas adoptée par tous. Une part majoritaire des accueillis semblent au contraire appréhender le temps de l'hébergement comme un temps vide et dénué de sens :

« Non, mais ce qui m'énerve un peu c'est que, là, j'ai l'impression de perdre mon temps, mais terrible ! Ça fait deux ans et demi que je suis là, et il n'y a rien qui avance, alors que ça ne m'est jamais arrivé, j'ai toujours eu mes travaux, mes appartements, mes voitures ».

Pierre, 30 ans, hébergé à Virgile

L'idée de perdre son temps en étant hébergé est tout à fait répandue parmi les accueillis. Le temps passé en centre d'hébergement est ainsi appréhendé comme un temps gâché et perdu (Goffman, 1968 [1961]). Dans cette appréhension d'un temps long et vide d'intérêt, parler à la sociologue constitue d'ailleurs une manière de faire passer les journées un peu moins lentement, l'enquête sociologique permettant efficacement de repérer les rapports au temps des enquêtés (Darmon, 2015 [2013]). Patrick, qui m'a parlé plus de trois heures en entretien, m'explique combien le temps qui passe au foyer du père Virgile lui est éprouvant :

« Là ça va au niveau capacité, après c'est plutôt au niveau dépressif... Mais ça c'est aussi parce que je ne fais rien de mes journées, et l'ennui, au bout d'un moment ça devient pénible. Des fois, je passe des journées, j'attends

qu'une chose, dès que je me réveille, j'attends le soir pour manger et ensuite aller me coucher. Ouais bah 6h30 [18h30] le repas, bon ça veut dire 8 [20] heures maxi je suis au pieu, ça ne me convient pas... Mais que ça me convienne ou que ça ne me convienne pas, c'est un lieu d'accueil où le personnel fait ce qu'il peut pour vous donner un coup de main, voilà, bon, mais il y a des fois c'est moi qui fous tout en l'air [...]. Parce que quand je bois, les journées passent, je ne les vois pas passer. En un sens c'est un avantage [rire]. Il y a pas mal de personnes que je connais ici qui boivent pour tuer le temps, parce que sinon quoi faire, bon, quoi faire ? ».

Patrick, 56 ans, hébergé à Virgile

Le temps de l'hébergement est ici appréhendé par Patrick comme un temps sans intérêt, s'écoulant à un rythme ralenti. Les longues heures de la journée sont éprouvantes et il aspire alors dès le matin à être le soir pour aller se coucher. Sa perception du temps renvoie à une forme de « temps élastique », au sens où celui-ci s'étire, presque sans fin (Beaud, 1997).

« Non personne ne peut s'imaginer à quel point je m'ennuie ici, c'est pour ça je fume des pétards, ça fait passer le temps, j'aime rouler, effriter, mélanger et rouler, ça m'occupe, ça passe dix minutes, rouler un joint c'est dix minutes, après le fumer c'est une demi-heure. Une heure qui est passée, en plus je sens que je suis un petit peu bien, ça va, je vais m'endormir, mais là maintenant ça me fait plus rien, je sens plus l'effet, faut que j'arrête ».

Samuel, 32 ans, hébergé à Virgile

Comme Patrick qui indique boire pour que les journées passent plus vite, Samuel remplit ce temps vide par des occupations pathogènes comme la consommation de cannabis. Par ce prisme des vécus temporels, ces conduites à risque trouvent alors une certaine rationalité. Édouard Gardella a montré que l'allongement des durées d'hébergement pouvait constituer une épreuve pour les professionnels (Gardella, 2016a). En complément, il apparaît que la chronopolitique stabilisatrice de l'hébergement social peut aussi constituer une épreuve pour les accueillis. Il s'agit là d'un résultat contre-intuitif, puisque la stabilisation de l'hébergement a avant tout été pensée comme étant bénéfique pour les sans-abri, évitant l'alternance au sein de différents habitats précaires. Néanmoins, cette pérennisation de l'hébergement peut aussi contribuer à déposséder le temps des accueillis de toute perspective. Puisque l'hébergement est « sans fin » (Gardella, 2016a), le temps qui passe se vide alors de son sens, inscrivant les accueillis dans une forme de « provisoire durable » particulièrement éprouvante (Sayad, 2006). En ce sens, ce n'est pas seulement être contraint d'attendre qui est violent socialement, c'est aussi la sensation que l'ensemble de la vie quotidienne est une forme d'attente, sans parfois même savoir ce qui est réellement attendu.

Tandis que les professionnels considèrent avant tout le temps des sans-abri comme devant être occupé, beaucoup d'hébergés soulignent le manque de sens de la manière dont leur temps passe. Si certains adhèrent donc à la logique introspective, remplissant le temps qui passe d'un travail à faire sur soi-même, d'autres se distancient de cette norme institutionnelle. Les hébergés contribuant le plus à cette quête de soi-même sont majoritairement des hébergés socialisés au travail social, comme Bryan, et Annick – cette dernière ayant été travailleuse familiale –, ce qui semble faciliter leur adhésion à la vision temporelle de l'institution. Pour la majorité des hébergés cependant, le rapport au temps fait l'objet d'une dissonance avec la manière dont l'institution l'envisage.

Certains hébergés appréhendent alors le fait d'être hospitalisé comme une rupture temporelle appréciée, parfois même appréhendée comme des « *vacances* » :

Alexandre me dit qu'il a hâte de partir en sevrage, que ça va lui faire du bien, des « *vacances* », et me dit qu'il n'en peut plus d'être à Virgile. Il m'explique qu'il va être tranquille et avoir la télé que pour lui. Peu de temps après, Jean-Michel revient de l'hôpital, mais il me dit qu'il est déçu de revenir au FPV. Il était mieux à l'hôpital, car il y avait des infirmières gentilles, qu'il mangeait bien, et qu'il se reposait. Il regrette d'être sorti.

Extrait des notes d'observation, jeudi 21 février 2019

La gentillesse du personnel et l'aménagement des chambres sont avancés comme des critères positifs à ces hospitalisations. Cela rejoint l'analyse de Patrick Gaboriau indiquant que les sans-abri évaluent les services hospitaliers davantage selon des critères hôteliers que médicaux (Gaboriau, 1993). De surcroît, l'hôpital permet de rompre avec les contraintes de la vie institutionnelle en centre d'hébergement. À l'hôpital, les hébergés ne sont pas contraints de se lever à une certaine heure et peuvent rester la journée dans leur lit sans que cela ne soit mal vu. Le silence et la solitude de la chambre d'hôpital sont en outre souvent appréciés par les hébergés. Les séjours à l'hôpital peuvent ainsi venir perturber le rythme de la vie quotidienne, ce qui contribue à expliquer cette image positive qui est parfois paradoxalement associée aux hospitalisations par les hébergés.

2. De la prise de distance à l'emprise sanitaire

Le cas particulier du rapport au temps, tel qu'il est pensé par l'institution et tel qu'il est perçu par les accueillis, souligne la distance dont les hébergés disposent vis-à-vis de la prise institutionnelle. Non réductibles à ce que l'institution attend d'eux, les hébergés peuvent ainsi se montrer critiques de l'aide qu'ils reçoivent :

Lola [ES] ouvre la boîte à idées de Virgile devant Hervé, un hébergé, et moi. Elle lit plusieurs mots anonymes, et un notamment qui dit que tous les animateurs devraient passer trois jours et deux nuits en mise à l'abri pour être plus empathiques et mieux comprendre les conditions de Virgile. Lola me dit qu'elle n'est pas trop d'accord, en expliquant par exemple qu'il n'y a pas besoin d'être handicapé pour accompagner des personnes handicapées. Elle dit qu'en plus, cette expérience ne permettrait pas tellement de comprendre les choses, car ils sauraient que c'est temporaire. Hervé dit, lui, qu'il est d'accord avec l'idée que les animateurs devraient passer du temps à la rue.

Extrait des notes d'observation, mercredi 13 mars 2019

Certains hébergés expriment ainsi aspirer à davantage de symétrie dans la relation d'aide. Si les professionnels travaillent à symétriser leurs relations avec les accompagnés, il reste que cette démarche s'avère insuffisante du point de vue de certains accueillis. Cette posture critique souligne que les hébergés dépassent la prise que l'institution exerce sur eux. Ce point va pouvoir être approfondi davantage au sujet de la santé, les accueillis se ménageant des marges de liberté malgré l'injonction aux soins qui prévaut dans l'institution.

Nous sommes au repas à la SRAS, Hélène [IDE] arrive pour distribuer les médicaments et passe de table en table. Alors qu'Hélène s'approche de Frédéric, il se lève et s'en va en pleurant en disant « *vous me faites chier avec vos médicaments* ».

Extrait des notes d'observation, lundi 11 septembre 2017

Frédéric est ici affecté par la distribution des traitements. Ce moment, réalisé à la vue de tous et se répétant trois fois par jour peut constituer une épreuve pour les accueillis. Pour autant, les hébergés disposent de certaines capacités de résistance, comme en refusant ici explicitement de prendre les traitements. De manière moins frontale, ils acceptent parfois de prendre le médicament qui leur est distribué, sans les prendre immédiatement. Par ce biais, ils parviennent ainsi à reprendre un certain pouvoir sur ces prises médicamenteuses. Patrick me dit ainsi qu'il prend le soir le traitement qu'il est supposé prendre le matin, car il estime que le moment de cette prise est plus efficace (Fainzang, Ouvrier, 2019). Patrick essaie ainsi d'optimiser les effets de son traitement par une prise au meilleur moment. Favoriser son efficacité c'est ainsi faire intervenir sa propre expertise et ses propres décisions face au pouvoir médical : « en intervenant pour contrer, modifier ou corriger les prescriptions, les individus opposent leur propre pouvoir à celui de l'institution médicale, à travers des stratégies d'émancipation de leur vie et de leur corps », indiquent Sylvie Fainzang et Ashley Ouvrier (2019). Cette pratique nuance donc l'idée d'une adhésion sans réserve des sans-abri à la prise sanitaire exercée au sein des institutions d'hébergement.

Plus encore, des hébergés m'ont expliqué se constituer une petite réserve personnelle de médicaments, en se gardant d'avaler tous les traitements qui leur sont distribués. Alors que les boîtes de traitements sont pour la plupart des hébergés stockées à l'infirmerie, certains se reconstituent leurs propres stocks sur lesquels ils ont le contrôle des prises. Tenir quelques soirs sans somnifère permet ainsi de s'assurer d'en avoir en réserve pour les soirs où il sera particulièrement difficile de trouver le sommeil. Par cette technique, les hébergés parviennent à reprendre une forme de maîtrise face à la médication assurée par l'institution.

« Ah oui oui oui, là je dors mal en ce moment, parce que bon voilà ça n'a rien à voir, mais j'ai une rage de dents, mais sinon non je suis anti-médicament. Normalement c'était un traitement pour un mois, je suis arrivée à faire deux mois avec. Donc à pas en prendre en permanence tous les jours, automatiquement. Enfin tous les soirs, c'était pas automatique, c'était vraiment quand je sentais... ou j'avais rien fait de la journée donc pas de fatigue, donc ça me faisait dormir quoi. Mais sinon non je ne prends pas de traitement rien ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Annick, se définissant comme « *anti-médicament* », tient alors deux mois avec une boîte de médicaments qui ne devait lui en faire qu'un. En analysant le degré de fatigue de son corps, elle détermine elle-même son besoin ou non de prendre son traitement et témoigne ainsi de pratiques explicites de maîtrise de sa médication. Comme l'indique Isabelle Baszanger : « les régimes et traitements ne sont pas *automatiquement* acceptés par les malades, mais sont évalués par eux dans leurs conséquences » (Baszanger, 1986, p. 18). Les conséquences, notamment en termes de dépendance, sont en effet largement prises en compte par les hébergés et se manifestent en pratique par ces écarts aux prescriptions médicales. L'automédication, soit le maintien d'un contrôle quant à l'observance des traitements, agit alors comme une résistance à l'emprise qui est exercée sur son propre corps.

Laureline Coulomb a analysé que l'automédication était fréquente parmi les sans-abri, ces derniers s'appuyant à la fois sur leurs propres expériences passées de prises de traitement ainsi que sur les expériences d'autres sans-abri en qui ils ont confiance pour décider de leur médication (Coulomb, 2016). Aussi, au sein des centres d'hébergement, cette automédication ne passe pas seulement par l'acte de refuser ou de diminuer les prises, mais parfois par celui de se procurer des traitements autrement que par l'institution médicale.

Je m'assois dans la salle télévision et discute avec Riad. Samuel vient nous voir, très souriant. Il roule une cigarette et me dit qu'il a bien dormi cette nuit, car il a pris un cachet pour dormir. Il m'explique qu'un hébergé lui en a donné

un, car il n'a pas d'ordonnance. Il me dit qu'il en prend de temps en temps, quand ça fait un moment qu'il ne dort pas. Il préfère ne pas en demander à sa psychiatre et gérer tout seul.

Extrait des notes d'observation, vendredi 25 janvier 2019

Assurant préférer « *gérer tout seul* » sa médication, Samuel témoigne bien de sa volonté de maintenir une forme de distance aux institutions de soin, alors même qu'il pourrait se faire prescrire des somnifères. Comme le souligne Laureline Coulomb, cette automédication est en partie assurée par la confiance qu'entretient Samuel vis-à-vis de la personne lui ayant donné ce médicament, et sur sa propre expérience dans le passé de prises de somnifères (Coulomb, 2016).

Malgré tout, il s'agit de ne pas romantiser ces pratiques comme une résistance populaire face à la sanitarisaton. D'abord, il semble que les hébergés sont majoritairement compliants face aux soins. Ensuite, les résistances repérées ici ne sont peut-être pas plus importantes qu'au sein de la population générale face à la prise de traitements. En effet, la non-observance est une pratique sociale diffuse dans l'espace social, selon Peter Conrad (1985). Enfin, il semble que le résultat principal qui ressort de cette analyse n'est pas tant que les sans-abri résistent aux soins, mais plutôt qu'ils estiment prendre soin d'eux-mêmes par ces pratiques, même si cela prend une forme différente de celle entendue par l'institution. En effet, si ces formes d'automédication sont bien souvent appréhendées comme une réticence individuelle voire comme un manque de volonté à se soigner, elles peuvent aussi être appréhendées autrement. Au sens des hébergés rencontrés, ces accommodations face aux soins sont justement des manières de prendre soin d'eux-mêmes et de se préserver, en évitant notamment la dépendance aux médicaments, considérée particulièrement délétère. C'est ainsi ce qu'indique très justement Gabriel Uribelarrea : « Le refus de suivre la prescription est loin d'être irrationnel et peut même témoigner, paradoxalement, d'une préoccupation forte pour la santé » (Uribelarrea, 2020, p. 332). Aussi, ces comportements de « refus de soin » sont bien loin d'être dénués de sens lorsqu'on les rapporte à l'univers de sens des hébergés (Fainzang, 2007).

Outre la crainte de la dépendance, la réticence vis-à-vis des médicaments peut également être comprise au regard du stigmatisme que représente cette prise :

J'accompagne Marie [IDE] qui va fumer une cigarette. Elle échange avec un hébergé qu'elle croise, et lui dit qu'il peut prendre son traitement, qu'il a le droit, même quand il a bu [il semble alcoolisé]. Il lui répond qu'il pensait qu'il ne pouvait pas le prendre. Il dit ensuite que c'est la *Hchouma* [la honte] de prendre un médicament comme ça, contre la dépression. Marie lui explique que ça lui permettra d'avoir moins d'idées noires, qu'il faut qu'il le

prenne, que c'est important. Elle lui dit qu'elle ne peut pas le forcer à rien, mais qu'elle lui conseille.

Extrait des notes d'observation, mardi 11 décembre 2018

Les traitements référant à la santé mentale constituent des sources de stigmates pour une large frange des hébergés (Goffman, 1973). Cela complète ainsi les analyses avancées dans le chapitre précédent quant aux stigmates liés à l'étiquetage pathologique. Le traitement est alors généralement accepté quand les effets perçus sont supérieurs à la dégradation de l'identité perçue par cette prise (Baszanger, 1986). Lorsque les sentiments de honte sont trop prégnants, les sans-abri peuvent renoncer à les prendre. Ce sentiment est d'ailleurs décuplé par le fait qu'en centres d'hébergement, les prises de traitement se font régulièrement à la vue de tous.

Par ailleurs, c'est également l'altération des activités quotidiennes qui impacte l'observance des hébergés face aux traitements (Strauss, Glaser, 1975). Concernant les sans-abri, la somnolence engendrée par certains traitements est une cause directe de la non-observance.

« Par exemple il y a des médicaments que j'ai ici, il y a des comprimés que tu dois prendre pendant 65 jours, cinq comprimés tous les jours. Bon si tu es à la rue... Là c'est bon, parce que tu peux les prendre ici [au FPV], tu peux être affaibli, mais jusqu'à demain matin tu peux avoir un peu de force. Mais quand on te dit de sortir, tu sors et toute la journée tu seras dans la rue. Tu peux monter, tu peux descendre, tu n'as pas quelque chose à faire, tu peux pas aller te reposer quelque part aux Peupliers. Tu peux pas. Non, tu n'as pas la place. Tu sais si tu auras une place ou pas le soir. Ce n'est pas facile avec le traitement. Tu es obligé d'attendre qu'on puisse te garder quatre ou cinq jours [en centre d'hébergement], parce que les jours de sortie tu peux pas les prendre, parce que tu ne sais pas le lendemain si tu auras une place [...]. Parce que je connais, ce sont des médicaments que je prends souvent, et c'est difficile de te rétablir. Parce qu'il y a beaucoup de temps où tu restes dehors, parce qu'on va te donner une réponse peut-être après-demain, vendredi. Bon, vendredi, si tu n'as pas la réponse, ça sera peut-être la semaine prochaine encore. Il y a des fois tu peux rester une semaine à l'extérieur, voire même dix jours pour faire trois jours [d'hébergement]. Pour faire les traitements comme ça c'est difficile, parce que le médecin il fait 76 jours fois le nombre de comprimés, mais si tu prends pendant deux jours, pendant dix jours après ça peut être très difficile ».

Gabriel, 72 ans, hébergé à Virgile

Loin de ne pas vouloir prendre son traitement, Gabriel explique la difficulté de le prendre par moments en raison de l'état de fatigue que lui impose cette prise. Sans solution pérenne de repos, l'observance peut ainsi se voir particulièrement compromise. En ce sens, la prise ou non d'un traitement constitue bien le résultat d'un calcul rationnel pour les sans-abri

puisque préserver ses capacités physiques et mentales peut en cela être choisi à une prise de traitement qui peut affaiblir dans l'immédiat. Aurore Lorette indique ainsi que « les classes populaires ne sont pas restées en marge du processus de santéisation de la société. Elles accordent tout autant de valeur que les autres à la santé, cependant leurs conditions de vie les amènent parfois à devoir la reléguer au second plan pour faire face aux urgences quotidiennes » (Lorette, 2020, p. 44-45). Appliqué aux accueillis des centres d'hébergement, il s'agit là d'un point central que la thèse corrobore, à la poursuite de différents travaux nuanciant l'image des sans-abri comme étant des personnes réticentes aux soins (Gardella, Laporte, Le Méner, 2008 ; Coulomb, 2018 ; Uribelarrea, 2020). En effet, les sans-abri sont loin de se montrer indifférents vis-à-vis de leur santé, mais leurs conditions de vie peuvent effectivement les contraindre à ne pas prendre leurs traitements. D'autre part, quand les hébergés refusent ou détournent leur prise de traitement, il s'avère qu'il s'agit souvent d'une manière de se préserver, en refusant la dépendance ou les stigmates associés à la médication. Au-delà des traitements, les hébergés recourent à de nombreuses techniques pour se préserver et prendre soin d'eux en centres d'hébergement, bien loin de l'image du refus de soin qui peut leur être attribuée.

3. La préservation de soi en centre d'hébergement

Malgré l'injonction posée aux hébergés à prendre soin d'eux-mêmes, il s'avère que cette préservation de soi est en pratique complexe à appliquer. La saleté de l'environnement et la promiscuité des espaces personnels complexifient le maintien de soi (Pichon, 1996). Mais loin de se désengager de leur corps, les hébergés recourent à différentes stratégies et techniques pour se préserver (Pichon, 1996). Il s'agit par exemple pour eux d'apprendre à se retenir afin d'aller aux toilettes au moment où les sanitaires sont les moins sales :

« Ici faut y aller à la bonne heure aux chiottes, aux douches pareil, moi j'ai de la chance parce que je dors pas beaucoup.

Chloé : Donc vous faites ça la nuit ?

Ah bah moi de toute façon c'est simple, à une heure trente/deux heures je suis à la douche. Les chiottes elles sont propres ».

Pierre, 30 ans, hébergé à Virgile

Connaître la bonne heure pour aller aux toilettes suppose une connaissance de la vie institutionnelle. Certains cherchent également à rester un peu plus longtemps au foyer du père Virgile le matin pour bénéficier d'une certaine tranquillité quand d'autres vont jusqu'à repérer les horaires de nettoyage afin de se rendre aux toilettes juste après. Une hébergée m'a même

expliqué qu'elle n'utilisait jamais les toilettes et douches du foyer, se rendant uniquement aux sanitaires de son travail et de sa salle de sport. Cela implique pour cette hébergée une capacité corporelle à se retenir impressionnante, qui peut être analysée comme une « technique du corps » au sens de Marcel Mauss (1936). La peur et le dégoût face à la saleté n'affectent donc pas, loin s'en faut, uniquement les professionnels. Les hébergés sont en effet les premiers à être confrontés à la souillure, et à la crainte qu'elle suscite.

« Tu peux aller faire pipi, c'est propre, deux heures après il y a de la salive, le rhume, les crachats tout ça là... les papiers de toilette, ils [les hébergés] jettent. Parfois il y a des gens qui n'aiment pas voir ça, par exemple moi j'aime pas ça. Parfois il y a des gens ils vont aux toilettes, ils tirent pas l'eau, ils font pipi ils tirent pas la chasse, des fois des matières, tu vois, excuse-moi, fécales quoi. Donc toi tu arrives aux toilettes, tu arrives là-bas, tu vois quelqu'un qui n'avait pas... Dans la vue comme ça, et quand tu arrives avec ça là, tu n'es pas bien dans ta tête, après surtout avec ma situation, je me pose mille questions, combien de temps je vais rester avec des gens comme ça, comment comment comment ? ».

Joseph, 47 ans, hébergé à Virgile

L'insistance de Joseph à se demander « *comment ?* » il peut « *rester avec des gens comme ça* » – sous-entendu, aussi sales – montre qu'une forme de contamination symbolique s'opère par cette proximité à la souillure (Douglas, 2005 [1966]). Ainsi, ce n'est pas uniquement le rapport à la saleté qui est en jeu, mais aussi celui de partager une condition commune avec des personnes capables d'être particulièrement sales qui fait l'objet d'une dégradation de soi. Afin de s'en préserver, un certain nombre d'hébergés expliquent procéder eux-mêmes au nettoyage des sanitaires avant de les utiliser.

« Personnellement, bon la baignoire je ne l'utilise pas, ça c'est hors de question. Donc je fais ma douche quoi, mais j'utilise mon produit avant, je désinfecte la douche.

Chloé : Ah oui d'accord.

Ah oui non je nettoie la douche avant. Et les toilettes, bah comme tous toilettes publiques, je ne m'assois pas dessus parce que c'est pas propre, les chasses d'eau sont pas toujours tirées, c'est pas très sain, malgré que bon il y a des personnes qui viennent faire l'entretien, mais une heure après c'est re-sale ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Nettoyer les toilettes ou les douches, bien souvent avec ses produits personnels, constitue une technique de préservation de soi utilisée par Annick, mais aussi par Joseph au

sein des centres d'hébergement. En outre, la capacité à faire abstraction de la répulsion visuelle, des odeurs nauséabondes, du passage et du bruit permanent dans ces espaces collectifs constitue autant de techniques du corps qu'implique la vie en centre d'hébergement (Mauss, 1936). Au-delà des sanitaires, Joseph s'est montré particulièrement prompt à me décrire les techniques qu'il a développées afin de se préserver au sein de l'institution :

« Je prenais les peaux, si on mange en desserts des oranges, je prends les oranges et quand vraiment ça n'allait pas, c'est trop, j'en mettais un petit peu [sous le nez]. Je n'ai pas d'argent pour me payer du parfum, donc je mettais la peau d'orange pour que ça m'aide à ne pas respirer, enfin de camoufler un peu les odeurs ».

Joseph, 47 ans, hébergé à Virgile

En récupérant des peaux d'orange au réfectoire, Joseph pallie la contamination olfactive qu'il subit. Loin de l'image de sans-abri désengagés de leur corps, ces derniers s'attèlent au contraire à prendre soin d'eux, avec les ressources dont ils disposent. La consommation de cannabis m'a aussi été indiquée comme une technique permettant d'ouvrir l'appétit face au dégoût ressenti au moment du repas. Non seulement les hébergés prennent soin d'eux-mêmes lorsque l'on s'intéresse à leurs pratiques, mais il s'avère également que ces derniers ont souvent des connaissances fines de leur maladie, déconstruisant l'image de ces patients comme désintéressés de leur propre santé. Pour une majorité d'entre eux, ils connaissent leur maladie, leur prescription et le rôle des médicaments qu'ils prennent. Ils repèrent ainsi pour la plupart, d'un rapide coup d'œil, l'absence d'un médicament lorsque les professionnels les distribuent. Kévin explique, lui, « *connaître par cœur* » sa maladie :

« J'ai même testé plusieurs fois ma maladie.

Chloé : C'est-à-dire testé ?

Bah je sais exactement combien de jours je peux passer sans dormir. Je sais c'est à cause de quoi que je fais des crises. C'est à cause du stress et du manque de sommeil. Je connais le nom de ma maladie : myoclonique juvénile épilepsie et je peux faire jusqu'à deux nuits blanches par semaine, je peux pas en faire de troisième, parce que sinon ça déclenche la crise, et c'est pas obligé que ça soit d'affilée ».

Kévin, 24 ans, hébergé au CHRS des Rivières

Kévin a ainsi une connaissance fine de sa maladie, connaissant son corps et ses limites. Laureline Coulomb a analysé les sans-domicile comme étant des « hyper-spécialistes de leur corps », notamment car la vie à la rue, de surcroît avec des maladies, nécessite une connaissance

aiguë de son propre corps (Coulomb, 2016, p. 21). L'enquête de terrain que j'ai menée souligne que cette réalité est tout aussi prégnante au sein des centres d'hébergement. Jean-Marie, un hébergé de Virgile qui dispose d'une sonde urinaire, doit ainsi redoubler d'efforts pour garantir une certaine hygiène et éviter les infections. Il doit notamment prévoir les moments durant lesquels il pourra faire ses soins et vider sa poche, n'ayant pas toujours accès à un espace approprié. Il doit alors mobiliser des connaissances corporelles, pour savoir combien de temps il peut tenir avec sa sonde, des connaissances techniques sur le change de cet appareillage et des connaissances des différents fonctionnements institutionnels pour savoir quand il pourra accéder à l'infirmerie pour la changer. Cette expertise détenue par les sans-abri sur leur propre corps nuance la ligne de partage classiquement entretenue entre profanes et experts. En ce sens, il s'avère que les hébergés sont régulièrement des sources de connaissances pour les travailleurs sociaux. Lorsque j'interroge Gaëtan, moniteur-éducateur, sur l'origine de ses connaissances sanitaires, il me répond ainsi : « *par les gars, avec qui t'as des échanges tout ça, ils connaissent bien leurs trucs !* ». Les hébergés transmettent ainsi régulièrement aux travailleurs sociaux leurs connaissances sur leur corps et leur santé.

Cette sous-partie souligne combien les hébergés sont attachés à leur santé, à prendre soin d'eux-mêmes et à se préserver dans un contexte qui à leur sens rend davantage malade qu'il ne les soigne. C'est là qu'apparaît une tension quant au rapport à l'institution entretenu par les hébergés et par les professionnels. Si l'institution d'hébergement est pensée par les professionnels comme permettant d'aller mieux, voire de soigner, ils sont plus souvent considérés comme des « vecteurs de maladie » pour les accueillis (Benoist, 2008, p. 15). Un grand nombre d'hébergés avancent en effet des pertes de poids, d'appétit et de sommeil depuis qu'ils sont hébergés. En raison de la promiscuité importante, les craintes de contagion sont diffuses (Lanzarini, 2000), comme me l'explique un hébergé qui me dit avoir été contaminé par la tuberculose à Virgile. Comme l'a analysé Yann Benoist, pour une part des sans-abri, les centres d'hébergement sont considérés comme des lieux desquels il convient de se protéger (Benoist, 2008). Après avoir échangé avec un hébergé, il me dit qu'il va aller prendre l'air et ajoute : « *c'est bête, mais je trouve que l'air est différent dès que je passe le portail* ». Les odeurs, les bruits, et plus largement les représentations associées au « sale » des centres d'hébergement fondent une vision répandue parmi les hébergés que ces établissements peuvent rendre malades. Les hébergés ont alors tendance à mettre en accusation l'institution pour expliquer leurs vulnérabilités sanitaires : « *c'est à cause d'ici que je suis malade* » (Fainzang, 1994). En revanche, les professionnels recherchent les causes de la maladie majoritairement du

côté des conduites individuelles des hébergés. Cette divergence dans la mise en accusation de la maladie permet de souligner les effets différenciés de l'institution d'hébergement sur ses différents membres.

Conclusion

Au-delà de leur fonction d'hébergement, les centres d'hébergement sont des institutions socialisatrices visant à avoir un impact sur la trajectoire des membres qu'elles accueillent. J'ai d'abord questionné la place de la santé dans la manière dont l'accompagnement est pensé par l'institution. L'ethnographie souligne que la santé est souvent envisagée comme un prérequis à l'insertion. Inverser le processus de dégradation, de clochardisation, constitue l'étape première du travail à mener auprès des hébergés. Ce travail autour du soin est toutefois, dans certaines situations, le seul et dernier registre qu'il est possible de mobiliser pour les accompagner. L'investissement du registre de la santé constitue pour les professionnels une manière de tenir, face au décalage qu'ils constatent entre les orientations des politiques d'insertion, largement tournées vers l'emploi et le logement, et les incapacités qu'ils présument des hébergés qu'ils accompagnent. En décalage certain vis-à-vis du Logement d'abord, la mobilisation d'arguments tenant à la santé constitue une forme de dernier recours permettant de défendre leur vision de l'accompagnement par paliers. En tant que préalable à tout travail d'accompagnement ou en tant qu'ultime levier, cette prégnance du registre de la santé permet d'établir un résultat important : la santé n'est pas mise à l'écart de l'accompagnement social, mais y est véritablement intégrée. La sanitarisation se manifeste ainsi jusque dans cette dimension essentielle du travail social et pourtant rarement étudiée qu'est l'accompagnement (Giuliani, 2013).

J'ai ensuite déployé la réflexion sur l'enjeu de la prise exercée par l'institution quant à la santé. J'ai alors montré comment le soin fait l'objet d'une injonction, voire d'une discipline, travailler sur soi et sa santé intervenant comme une contrepartie à la distance prise vis-à-vis des standards de l'insertion (Vrancken, Macquet, 2006). L'injonction à l'autonomie et à la responsabilisation des usagers du travail social (Duvoux, 2009) se manifeste ainsi par ce levier de la santé lorsque les autres ressorts de mobilisation des hébergés sont épuisés pour les travailleurs sociaux. Dans certaines situations, notamment lorsque les accueillis refusent d'adhérer à l'injonction de prendre soin de leur santé, des formes coercitives de soin se passant de leur consentement ont été repérées. Il reste toutefois que la normalisation des corps s'accomplit au quotidien davantage à travers une prise moins violente. L'étude de différents

ateliers mis en place au sein des centres d'hébergement montre alors comment ces moments constituent des cérémonies institutionnelles visant à diffuser des normes esthétiques et sanitaires socialement situées.

Cette part normalisante de l'institution ne constitue cependant qu'une facette des centres d'hébergement. Pouvant à la fois se montrer violente et soucieuse du bien-être de ses membres, l'institution d'hébergement se rapproche davantage d'une institution enveloppante que d'une institution totale (Darmon, 2015 [2013]). En effet, les professionnels des centres d'hébergement tiennent compte de la manière dont leur aide est reçue et tentent de s'ajuster, par différentes façons, au plus près des besoins des accueillis. En renonçant à la contrainte, en cherchant à identifier au mieux les besoins des accueillis par le travail relationnel et en puisant dans leurs propres expériences pour comprendre les vécus des hébergés, les professionnels sont engagés dans une dynamique de symétrisation et de l'accompagnement.

Dans la dernière partie du chapitre, j'ai souligné que les hébergés reconnaissent d'ailleurs, pour une part importante d'entre eux, cette dimension bienveillante de l'accompagnement. L'analyse du vécu institutionnel du côté des hébergés souligne alors que la prise exercée par l'institution, aussi puissante soit-elle, ne vient jamais définir l'entièreté des conduites des accueillis. Aussi, les hébergés se préservent des marges de manœuvres, notamment vis-à-vis de l'injonction au soin qui est formulée à leur égard. Si cela peut être appréhendé comme une forme de réticence au fait de prendre soin de soi, l'étude des discours et pratiques des accueillis témoigne du contraire. Les hébergés s'astreignent au quotidien à prendre soin d'eux-mêmes, avec les ressources dont ils disposent. Ce qui se rapporte au fait de prendre soin de soi fait alors l'objet de définitions différentes selon que l'on se place du point de vue des hébergés ou des professionnels. De surcroît, une dissonance se fait jour quant au rapport à l'institution d'hébergement : alors qu'elle est appréhendée par les professionnels comme un espace favorisant le soin et le mieux-être, ces lieux constituent avant tout des espaces qui peuvent rendre malade, et desquels il convient de se préserver du point de vue des hébergés.

En traitant de la manière dont les hébergés sont socialisés à prendre soin de leur santé, ce chapitre participe à renseigner la façon dont le social s'incorpore. Par la diffusion de normes situées concernant le rapport aux soins, les hébergés voient certaines de leurs dispositions et de leurs conduites corporelles modifiées en étant accueillis en centres d'hébergement. Bien que la prise qu'exerce l'institution ne soit pas totale, il reste que le temps de l'hébergement est pensé comme un moment propice aux soins pour les professionnels, cela n'étant pas sans effets sur les corps des sans-abri. Les hébergés y sont effectivement enjoins à prendre soin d'eux-mêmes,

à modifier leurs normes sanitaires, et sont aussi souvent accompagnés à engager ou à renouveler des suivis médicaux. Dans la mesure où le registre de la santé occupe une place légitime dans les accompagnements – notamment lorsque rien d’autre ne semble envisageable pour les travailleurs sociaux –, l’hébergement constitue un moment dans la carrière de survie des sans-abri (Pichon, 1995) qui se révèle propice à l’étiquetage pathologique. En ce sens, et dans la continuité du chapitre précédent, il s’avère qu’être accompagné en centres d’hébergement vient exposer les sans-abri à la sanitarisation de leur situation.

Chapitre 10

Être malade en centre d'hébergement : du traitement inégalitaire des affections sanitaires

En tant qu'institutions enveloppantes, les centres d'hébergement sont à la fois normalisants et singularisants (Darmon, 2015 [2013]). Ces institutions n'exercent pas une prise homogène sur leurs membres, mais se montrent au contraire soucieuses de personnaliser l'accompagnement mené. Loin de l'image du travail social qui traiterait tous ses usagers de la même manière, il s'avère en pratique que de nombreux traitements différenciés sont repérables, y compris au sujet de la santé. Ce dernier chapitre va alors permettre de revenir sur ces traitements singuliers, en interrogeant comment les hébergés présentant des vulnérabilités sanitaires sont au fondement de prises en charge différenciées.

Comme je l'ai déjà abordé, les vulnérabilités sanitaires ont historiquement constitué des passeports d'accès à l'assistance (Castel, 1995 ; Brodiez-Dolino 2013a, 2013b). En effet, les atteintes corporelles ont été socialement construites comme les raisons les plus légitimes de l'éloignement du travail, ce qui a contribué à catégoriser ces malades pauvres comme de « bons pauvres » (Castel, 1995 ; Bodin, 2018). Ces invalides, « excusés du système salarial », constituent une catégorie traditionnelle des pauvres légitimes d'être secourus (Katz, 2015, p. 21). Ce chapitre ambitionne alors d'étudier, dans un contexte contemporain de sanitarisation du social, la manière dont l'invalidité opère dans les traitements réservés à ces sans-abri qui se rapprochent de cette figure historique des bons pauvres.

Vianney Schlegel a récemment amorcé une réflexion quant à cette réactualisation du classement entre les bons et les mauvais pauvres dans l'accès à l'assistance (Schlegel, 2017 ; 2019). Il souligne ainsi que malgré la mise en œuvre de l'inconditionnalité au sein de l'hébergement social – supposée empêcher l'application de traitements discrétionnaires entre les demandeurs –, une part d'arbitraire dans l'accès aux CHRS demeure. Certains états de santé fragilisés font ainsi l'objet d'un traitement plus favorable au sein des commissions du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), tandis que certaines figures réactualisant l'image des mauvais pauvres – comme l'étranger, le toxicomane ou le fou – sont freinées dans leur possibilité d'accès aux CHRS (Schlegel, 2017, 2019). En dialogue avec ses résultats portés sur les CHRS, je vais poursuivre ce questionnement au sujet de l'accès à l'hébergement d'urgence, en étudiant notamment comment se régulent les accueils au sein du foyer du père Virgile.

Je vais appréhender ces traitements différenciés à l'angle d'une réflexion sur les inégalités. Bien que ces hébergés présentant des affections sanitaires se rapprochent de la figure historique des bons pauvres, il va s'agir d'ethnographier les traitements qui leur sont réservés, en envisageant la possibilité qu'ils ne soient pas seulement confrontés à des traitements favorisants. En effet, les traitements réservés aux sans-abri présentant des affections sanitaires mettent aussi en lumière des processus discriminants directs et indirects que je propose d'étudier dans ce chapitre. Il s'agit donc d'analyser ce que produit la double atteinte d'une vulnérabilité sociale et d'une vulnérabilité sanitaire au sein du monde de l'assistance. Pour cela, il s'agit de ne pas cantonner la question des inégalités à la seule question de l'accès aux dispositifs d'hébergement mais de tenir compte de ce qui se joue également au sein des centres d'hébergement dans le traitement des hébergés présentant une affection sanitaire. Cette perspective permettra de prolonger l'analyse sur ce que la sanitarisation peut produire en termes de stigmatisation et de discrimination.

Cette interrogation se déclinera enfin à travers une analyse intersectionnelle. En effet, la prise en charge de la santé ne s'accomplit pas indifféremment des rapports sociaux structurants de notre société. Invariablement, « la maladie met en jeu des rapports de pouvoir », indique Didier Fassin (1996, p. 3). L'analyse des rapports sociaux aura tout son sens ici pour saisir les enjeux inégalitaires d'une double atteinte sociale et sanitaire, dans la mesure où la figure du bon pauvre, légitime à être hébergé et accompagné, varie selon le genre, la race, et l'âge des hébergés. En regardant comment les corps sont différemment traités, l'enjeu de l'incorporation du social sera alors éclairé d'une dernière manière. Parce que l'accompagnement – sanitaire notamment – s'inscrit dans des rapports sociaux favorisant certains accueillis au profit d'autres, ces traitements inégalitaires viennent en retour directement impacter la santé des sans-abri. L'étude de ces traitements différenciés permettra alors de regarder la manière dont s'incorporent les structures sociales au point de se traduire par des inégalités sociales de santé.

Je regarderai d'abord dans quelle mesure le fait d'être atteint d'une vulnérabilité sanitaire peut constituer un accélérateur dans l'accès à une place d'hébergement (I). Dépassant ensuite la question de l'accès à l'hébergement, je regarderai ce qu'il en est des conditions de soin, parfois discriminantes, des hébergés présentant des vulnérabilités sanitaires (II). Enfin, la question des traitements inégalitaires des hébergés sera déclinée à travers la façon dont les travailleurs sociaux différencient les accompagnements qu'ils mènent en fonction des sans-abri qu'ils accueillent (III).

I. Les affections sanitaires : un accélérateur dans l'accès à l'hébergement ?

1. « Les fous et les clodos d'abord » ? La vulnérabilité dans l'administration des demandes d'hébergement d'urgence

Officiellement, les critères tenant à la santé ne sont pas opérants dans les traitements des demandes d'hébergement, en dehors des dispositifs médicalisés comme les Lits halte soins santé (LHSS) et les Lits d'accueil médicalisés (LAM). Concernant l'accès en CHRS, c'est l'ancienneté de la demande – dont la détermination implique une part d'ambiguïté – qui hiérarchise l'ordre d'attribution des places (Schlegel, 2019). Au sein de l'urgence sociale, la santé ne constitue pas non plus un critère officiel dans l'administration des demandes. Néanmoins, dans l'histoire et aujourd'hui, la vulnérabilité sanitaire des sans-abri constitue *en pratique* un enjeu de sélection au sein du foyer du père Virgile.

« Dès le début de l'année, une nouvelle organisation de l'accueil du public a été mise en place [au foyer du père Virgile]. Elle résulte du constat du fait que les publics les plus fragilisés disparaissaient les uns après les autres. Ce phénomène était dû au contexte de saturation et à l'impitoyable concurrence qui en résultait. En effet, le premier à appeler le 115 dès neuf heures le matin était celui qui avait le plus de chances de décrocher une place, en fin de journée et d'avoir un toit pour dormir. Il convenait donc de mettre en place un dispositif de protection permettant de limiter les risques de loto-exclusion (l'orthographe particulière du mot loto apparaît la plus appropriée). Une quarantaine de places est maintenant réservée (comme au Ritz...) aux publics en panne d'insertion et de repères de tous ordres. Les fous et les clodos d'abord. En l'absence d'enfants ou de femmes... Les places restantes accueillent les nantis. Au royaume des aveugles... Elles sont bien sûr insuffisantes. Alors, qui va à la chasse, perd sa place. Nous avons ainsi instauré bien involontairement une nouvelle forme de mobilité sociale ! » (rapport d'activité, 2003).

Face à l'impossibilité d'accueillir tous les demandeurs à partir des années 2000, la règle historique du « premier arrivé, premier hébergé » est progressivement devenue obsolète au sein du foyer du père Virgile. En effet, dans un contexte de pénurie des places d'hébergement, les travailleurs sociaux du centre d'hébergement d'urgence constatent que l'instauration d'une concurrence dans l'accès à l'hébergement tend à favoriser les sans-abri les plus dotés en ressources. Les personnes les plus vulnérables, ne parvenant pas à être accueillies, disparaissent alors progressivement des établissements. Ce processus décrit l'« effet Matthieu », souvent repéré au sein du monde de l'assistance, et qui consiste à donner plus à ceux qui disposent déjà de ressources (Gardella, 2014a ; Damon, 2012 [2002] ; Aranda, 2019). Pour lutter contre cette

tendance à attribuer les places d'hébergement aux sans-abri les plus dotés en capitaux (Soulié, 1997 ; Marpsat, Firdion, 1998), les travailleurs sociaux ont alors décidé de réserver des places aux personnes les plus vulnérables¹. « *Les fous et les clodos* », pour reprendre les termes utilisés, sont alors appréhendés comme un public prioritaire à héberger, se voyant attribuer des places dédiées.

Depuis les années 2010, les SIAO ont été instaurés pour réguler les places d'hébergement d'urgence et d'insertion. Visant à lutter contre l'arbitraire dans l'admission des sans-abri en centres d'hébergement, les SIAO ont été mandatés par l'État pour « *mettre en ordre* l'accès à l'hébergement » (Schlegel, 2019, p. 479). Ces services sont alors chargés d'élaborer des critères et une façon de hiérarchiser les demandes d'hébergement. Pour les CHRS, à l'instar du terrain lillois, c'est l'instauration d'une file d'attente qui a été retenue (Schlegel, 2019). Concernant l'hébergement d'urgence, le SIAO local² s'est toutefois rapidement confronté à la même question que le foyer du père Virgile une dizaine d'années auparavant. Dans un contexte de pénurie des places d'hébergement d'urgence, toutes les demandes doivent-elles scrupuleusement être traitées de la même manière, ou certaines situations singulières nécessitent-elles d'être priorisées ? La deuxième option a été retenue, le SIAO local ayant progressivement instauré des « niveaux de priorité » à chaque demande d'hébergement d'urgence.

Localement, chaque personne sollicitant une mise à l'abri – soit un hébergement pour 3 à 5 nuits – reçoit alors un « niveau de priorité », allant de 1 à 3. Ce sont des services dits « orienteurs », composés de travailleurs sociaux, qui rencontrent les personnes et procèdent à la rédaction d'un document administratif y préconisant un niveau de priorité au vu de leur connaissance de la situation. Le SIAO valide ensuite ou non ce niveau de priorité, sans rencontrer les personnes concernées. Dans cette manière d'arbitrer les demandes, les personnes ayant un niveau de priorité 1 (NP1) sont hébergées le soir même, et de manière pérenne, la personne étant estimée en danger immédiat. Il s'agit de femmes victimes de violences conjugales, de jeunes majeurs vulnérables, ou encore de personnes en grande fragilité psychique et dépourvues de repères spatio-temporels. Le niveau de priorité 2 (NP2) permet un hébergement rapide et fréquent, mais pas nécessairement continu. Il s'applique notamment aux

¹ L'instauration de la chambre à mobilité réduite, étudiée au chapitre 4, s'inscrit également dans cette dynamique.

² Au moment de l'enquête, ce service est composé d'une dizaine de professionnels. La grande majorité sont des travailleurs sociaux ayant auparavant exercé au sein du monde de l'assistance (une femme n'est pas travailleuse sociale mais, personnel administratif). Le chef de service ayant pris ses fonctions au moment de l'enquête est éducateur spécialisé de formation initiale et a exercé en CHRS.

femmes sortant de maternité et aux personnes présentant des états de fatigue importants. La majorité des sans-abri sont classés comme relevant du niveau de priorité 3 (NP3), ce qui ne leur garantit aucune forme de traitement prioritaire. Les personnes ayant un NP3 ont des ruptures régulières dans leurs mises à l'abri, devant alors se tourner vers le 115 pour être accueillies la nuit, cette modalité d'hébergement étant elle aussi saturée. Ces niveaux de priorité ne sont pas figés une fois pour toutes et peuvent évoluer, en fonction de la situation. En outre, il est fréquent que le SIAO invalide le niveau de priorité préconisé par le service orienteur, notamment lorsque ces derniers sollicitent un NP1 ou un NP2.

Le SIAO a expressément fait le choix de ne pas tenir compte de critères proprement médicaux dans l'élaboration de ces niveaux de priorité. Uniquement composé de travailleurs sociaux et de personnels administratifs, le service a estimé qu'ils n'étaient pas compétents pour définir les pathologies nécessitant un hébergement prioritaire ou non. Yann, le chef de service de Virgile, retrace le point de vue du SIAO sur ce point :

« Dès qu'on rentre sur des critères santé, on ne s'en sort pas [...]. J'ai deux places et j'ai un diabétique, j'ai un épileptique, j'ai monsieur Saidi avec sa sclérose en plaques, j'ai monsieur je sais pas qui [...]. Tu fais comment ? Et t'as que deux places. Et les collègues ne comprennent pas trop que l'aspect santé ne soit pas pris en compte par le SIAO, mais ils sont obligés [...]. Donc le social et le médical là, on est sur des champs communs, mais on bute un peu sur cet aspect-là. C'est un peu la culpabilité de laisser des gens dehors, mais qui est vulnérable, qui l'est plus qu'un autre ? Parce que le somatique se voit plus que le psychiatrique, mais le psychiatrique, il peut être aussi vulnérable qu'un autre ».

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

Parce qu'il paraît particulièrement complexe d'identifier qui est le plus vulnérable sur le plan médical, le SIAO local a donc fait le choix de ne pas tenir compte de cette dimension dans l'élaboration des niveaux de priorité. Les travailleurs sociaux des centres d'hébergement rencontrés sont toutefois largement en désaccord avec ce fonctionnement :

« La frustration t'en as toujours au sein de l'accueil d'urgence de Virgile, parce que des fois tu vois des gens mal en point, tu vois que son orienteur n'a pas, au niveau du niveau de priorité, il est NP3, et là tu te dis non, mais en fait c'est quoi ce niveau de priorité ? Après, eux [le SIAO] ne prennent pas en compte les pathologies tout ça, et dans leur jargon ils prennent plutôt en compte « la vulnérabilité », mais quand tu vois qu'il y a un monsieur qui est jeune, qui est en insuffisance rénale, qu'il est dialysé trois fois par jour [semaines] et qu'il est NP3, bah t'as pas... certes tu dois pas prendre en compte la pathologie, mais là il y a quand même une vulnérabilité. Un dialysé ça doit manger tous les jours, ça doit se reposer, il y a des conduites à tenir

au niveau hygiène, du moins alimentaire, hygiène tout court. Et du coup oui ça c'est frustrant ».

Marie, infirmière, 33 ans, Virgile

Aussi, l'ensemble des professionnels de terrain rencontrés – travailleurs sociaux comme infirmières – considèrent que les enjeux tenant à la santé *devraient* être pris en compte dans la régulation de l'hébergement d'urgence. Comme Marie l'indique, le SIAO tient plutôt compte de la « vulnérabilité », cette terminologie leur permettant de s'éloigner de critères strictement médicaux sur lesquels ils s'estiment incompetents. Cette catégorie de la « vulnérabilité » fait l'objet d'une critique par les professionnels d'Envol, en raison de ses contours particulièrement flous. En effet, l'attribution des niveaux de priorité est perçue avant tout par les professionnels comme étant aléatoire.

Charlotte [ES] discute avec Alice, jeune assistante sociale qui fait des remplacements à Virgile. Charlotte dit qu'elle ne trouve pas normal que le SIAO ne prenne pas en compte les critères médicaux, et ajoute qu'une femme avec un nourrisson n'est même pas NP1. Le NP1 s'applique uniquement pour les femmes à 8 mois de grossesse. Alice lui répond qu'elle est d'accord, et qu'elle ne comprend pas le fonctionnement du SIAO. Elle ajoute que monsieur Bensaid est accueilli en NP1 justement à cause de ses problèmes de santé. Elle trouve qu'il y a des choses qui ne sont pas claires dans le fonctionnement.

Extrait des notes d'observation, mercredi 13 mars 2019

Il y a en effet un flou dans l'attribution des niveaux de priorités : certains sans-abri ont un niveau de priorité élevé en raison de certaines de leurs affections sanitaires, et d'autres ne le sont pas au motif que la santé ne constitue pas un critère de priorisation. Selon les travailleurs sociaux, cette catégorie flottante de la « vulnérabilité » contribue à la production de traitements discrétionnaires parmi les demandeurs d'hébergement. Cette critique vient alors retourner celle qui a été formulée aux centres d'hébergement par l'instauration des SIAO. Ces services, qui ont précisément été mis en place pour lutter contre les pratiques arbitraires dans la régulation des places d'hébergement, se voient affublés des mêmes reproches par les travailleurs sociaux de terrain.

En se positionnant comme souhaitant prioriser les personnes présentant des affections sanitaires, les travailleurs sociaux du monde de l'assistance défendent en outre leur capacité d'arbitrage dans les demandes d'hébergement, desquelles ils ont été dépossédés par la mise en place du SIAO :

« Parce qu'on estime qu'après 25 ans de boulot dans la rue, on sait à peu près faire le distinguo, même si on n'est pas médecin, si on n'est pas psy, mais quelqu'un qui est vraiment en vrac dans la rue et genre indigent ou grande incurie, oui vaut mieux le prendre rapidement, mais c'est jamais accepté de toute manière [le NP1] ».

Bernard, moniteur-éducateur, 56 ans, Le Relais

Comme je l'ai montré à différentes reprises dans la thèse, les travailleurs sociaux d'Envol revendiquent une expertise professionnelle concernant les affections sanitaires des sans-abri. Bien qu'elle soit contestable, il reste que sa revendication constitue un argument visant à légitimer leur rôle dans la régulation des places d'hébergement d'urgence. Cette divergence autour la prise en compte ou non des affections sanitaires des sans-abri cristallise ainsi plus largement une tension autour du sentiment de dépossession éprouvé par les travailleurs sociaux de terrain quant à leur capacité à définir quels sans-abri nécessitent d'être hébergés en priorité.

2. Les « accueils à la porte » : un pouvoir discrétionnaire légitimant les atteintes sanitaires

Pour réintroduire leur expertise et contourner le fonctionnement des niveaux de priorité qu'ils estiment décalés des besoins de certains sans-abri, les professionnels des centres d'hébergement d'urgence se réservent le droit de réaliser quelques accueils « à la porte ». Il s'agit alors d'héberger une personne, ponctuellement ou durablement, en ne passant pas par l'administration du SIAO. Cette pratique n'a rien de spécifique à Envol puisque Gabriel Uribelarrea et Vianney Schlegel ont également repéré ces usages sur le territoire lyonnais et lillois (Schlegel, 2019 ; Uribelarrea, 2020). Le SIAO local a connaissance de ces pratiques, et les tolère. Vianney Schlegel analyse que les SIAO ont en effet une « absence d'autorité » vis-à-vis des centres d'hébergement (Schlegel, 2019, p. 488). Il indique que les CHRS disposent en pratique de marges de manœuvre importantes dans l'accueil des personnes orientées par les commissions SIAO. Il en va de même au sein de l'hébergement d'urgence, les « accueils à la porte » – aussi appelés « facilités » – réalisés au sein d'Envol témoignant d'une certaine liberté que conservent les centres d'hébergement d'urgence, malgré le travail de régulation opéré par le SIAO.

Sans surprise, le critère de l'atteinte sanitaire est le principal – voir le seul – critère probant pour réaliser ces « accueils à la porte ».

Je suis avec Arthur [ND] et Axelle [ES] dans l' « aquarium » de Virgile, la petite pièce entourée de plexiglas où les admissions du soir sont gérées, devant la porte d'entrée du foyer. Ils m'expliquent qu'ils priorisent parfois certaines personnes : quand ils voient quelqu'un de fragile, ils le mettent en « *facilité* », du coup la personne n'a pas besoin de passer par le 115 ou la mise à l'abri. Elle a sa place assurée. Ils me disent que c'est souvent pour des raisons de santé.

Extrait des notes d'observation, mercredi 12 décembre 2018

Joseph, dont j'ai évoqué la situation au chapitre 8, est en NP3 et est alors « *facilité* » en raison du fait qu'il se déplace avec une canne. Il en va de même pour une femme, qui n'était pas en NP1, et dont on me dit qu'elle était sourde et muette. Les professionnels du centre d'hébergement pour femmes me disent qu'ils l'ont alors accueillie « *hors cadre* ». Laura, éducatrice spécialisée, me lance d'un ton sarcastique en m'expliquant la situation : « *bah oui, c'est vrai qu'elle pouvait faire le 115 comme tout le monde !* ». Si le SIAO nie la prise en compte des critères médicaux dans les arbitrages des places d'urgence, les professionnels des centres d'hébergement contournent cette règle, en accueillant en dehors des procédures officielles les personnes qu'ils considèrent, eux, les plus vulnérables. Comme le montrent les travaux sur les *Street-Level Bureaucrats*, les agents de l'État social ne sont pas réductibles au rôle qui leur est prescrit (Lipsky, 1980 ; Dubois, 1999 ; Spire, 2007 ; Weill, 2014). En cela, les travailleurs sociaux font usage d'un pouvoir discrétionnaire qui vise à réintroduire les vulnérabilités sanitaires dans l'administration des demandes d'hébergement d'urgence.

Yann Benoist, Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion ont analysé que présenter une maladie à la rue pouvait constituer une ressource (Benoist, 2016), « un capital symbolique », pouvant faciliter l'accès à l'hébergement (Marpsat, Firdion, 1998 ; Marpsat, Firdion, 2000). Du point de vue des professionnels, accueillir des personnes présentant une vulnérabilité sanitaire importante est en effet considéré comme juste, voire vital dans certaines situations. Ces arbitrages renvoient aux dimensions morales de l'État social (Fassin, 2016), permettant de repérer l'application d'une « politique de la pitié » ou d'un « choix pathétique » (Fassin, 2004b). Ces politiques de la pitié, concurrençant les règles administratives de l'État social, se fondent sur un ressenti empathique de la vulnérabilité d'autrui, instaurant un lien entre la personne qui sollicite une ressource et celle qui dispose d'un bien rare. « Le choix pathétique procède donc d'une association entre rareté des ressources, enjeu de vie et de mort et confrontation directe à la souffrance d'autrui », explique Didier Fassin (2004b, p. 254). L'exposition directe des travailleurs sociaux d'Envol aux vulnérabilités sanitaires des sans-abri – contrairement aux professionnels du SIAO – contribue à expliquer la légitimité de ces

affections dans la régulation des places d'hébergement. Plus encore, accueillir des personnes présentant des affections sanitaires permet de donner du sens au travail mené en centre d'hébergement. Dans un contexte de pénurie des ressources, attribuer ce bien rare que constitue une place d'hébergement permet d'humaniser le travail en faisant intervenir la subjectivité des professionnels. En écho à l'histoire de l'association, la difficulté morale de ne pas parvenir à accueillir tous les demandeurs est en partie palliée par ces situations à la marge, venant rehausser le sentiment d'utilité pour ces professionnels.

Malgré tout, les travailleurs sociaux ont bien conscience que s'ils réservent quelques places pour les hébergés les plus fragiles, ils ne résolvent en aucun cas le problème de la saturation des dispositifs d'hébergement dans la mesure où ces places « facilitées » sont, elles aussi, soumises à une concurrence impliquant des arbitrages (Uribelarrea, 2020).

J'arrive ce matin au briefing à Virgile, Pape [ND] et Gaëtan [ME] sont présents, avec Yann, le chef de service. Yann demande quelles sont les places disponibles en hébergement d'urgence [HU]¹. Après réflexion, il y a une place au rez-de-chaussée. Yann demande de faire entrer Alphonse [les professionnels présumant qu'il est atteint d'autisme]. Gaëtan rappelle qu'il y a aussi Claude, qui a le col du fémur cassé. Ils comparent les deux situations, et hésitent. Ce sera finalement Alphonse qui accèdera à la place stable au rez-de-chaussée, car il est estimé plus fragile que Claude.

Extrait des notes d'observation, vendredi 8 février 2019

Les vulnérabilités sanitaires elles-mêmes font l'objet de classements et de hiérarchisations. Une personne en fauteuil roulant n'est pas traitée de la même manière qu'une personne présentant un trouble dépressif. Le travail de Vianney Schlegel au sujet des commissions d'admission en CHRS a justement pointé l'intérêt de déclinier les pathologies qui font l'objet ou non de priorisation (Schlegel, 2017, 2019). En effet, s'il montre que la présence d'une vulnérabilité sanitaire peut permettre un accès priorisé à une place d'hébergement en CHRS, toutes les affections ne connaissent pas le même traitement. En cela, les personnes ayant des troubles psychiatriques ou présentant des addictions aux drogues font plutôt l'objet d'une réticence à être hébergées, tandis que certaines pathologies estimées particulièrement graves comme le cancer font à l'inverse l'objet d'une priorisation (Schlegel, 2019, 2017). Ainsi, la

¹ Les places en hébergement d'urgence (HU) sont des places situées au sein du circuit de l'hébergement d'urgence, mais qui contrairement à ce que laisse penser sa terminologie, s'avèrent être des places stables au sein de l'urgence sociale. Les personnes bénéficiant d'une place en HU disposent alors d'un lit chaque soir, jusqu'à ce qu'elles soient orientées en CHRS ou en logement. Très récemment, cette terminologie a été supprimée au vu de son ambiguïté. Ces places en HU sont devenues des places de CHRS au sein du foyer du père Virgile.

maladie, entendue au sens large du terme, est insuffisante pour saisir ce qu'il en est de ses effets sociaux.

Si ces distinctions sont probantes concernant l'accès en CHRS, elles n'éclairent pas tout à fait les classements qui s'opèrent au sein des centres d'hébergement d'urgence. Contrairement aux commissions CHRS où les professionnels s'appuient sur une présentation souvent longue de la situation de la personne, intégrant parfois des données médicales, les accueils « à la porte » sont bien souvent réalisés sans dossier ni connaissance préalable de la personne. Il apparaît alors que trois éléments supplantent les autres affections sanitaires dans ce travail de régulation. En premier lieu, la désorientation manifeste d'un hébergé conduit presque invariablement à son hébergement. Le fait qu'un sans-abri, comme Alphonse, soit présumé incapable de retrouver le centre d'hébergement, qu'il ne parvienne pas à demander son chemin et qu'il paraisse particulièrement déboussolé sont des éléments qui justifient pour les professionnels un hébergement d'office. Le handicap moteur est ensuite un critère favorisant par rapport à d'autres affections sanitaires. Les personnes en fauteuil roulant ou avec des béquilles sont généralement accueillies rapidement, comme Joseph (qui se déplace avec une canne) et Claude (dont le col du fémur est cassé). Enfin, le dernier enjeu favorisant semble être celui de l'âge. Vianney Schlegel a déjà montré comment les catégories liées à l'âge, et notamment la jeunesse et la vieillesse, pouvaient être des supports légitimant des traitements mélioratifs (Schlegel, 2017). Au sein de l'hébergement d'urgence, les jeunes tout juste majeurs sont en effet considérés comme particulièrement vulnérables. Une éducatrice spécialisée du SIAO les qualifie d'ailleurs de « *chatons* ». Les jeunes majeurs disposent alors souvent d'un niveau de priorité élevé, contrairement aux sans-abri âgés. Aussi, la vieillesse fait souvent l'objet d'un traitement favorisant dans ces « accueils à la porte » :

On retourne au bureau. Un homme visiblement âgé qui ne parle pas français arrive. Il n'est pas orienté par le SIAO. Hugo [ND] l'observe et dit « *moi je ne laisse pas dehors ce monsieur. Tant pis si je zappe le SIAO, je le prends* ». Il lui donne un numéro de chambre.

Extrait des notes d'observation, mercredi 13 mars 2019

L'âge constitue un opérateur important dans l'application de ce pouvoir discrétionnaire, la vieillesse à la rue représentant une situation particulièrement intolérable pour les travailleurs sociaux. Ce sont donc avant tout les affections visibles qui donnent lieu à ces hébergements « facilités », comme l'âge, le handicap moteur, ou encore la désorientation manifeste. En revanche, les affections moins visibles comme peuvent l'être les troubles dépressifs, le VIH ou

encore le diabète sont des supports moins directement mobilisables pour légitimer un hébergement prioritaire. À l'inverse des commissions CHRS où les sans-abri sont absents (Schlegel, 2019), les travailleurs sociaux réalisent ces « accueils à la porte » en ayant les sans-abri face à eux. Ils procèdent à ces arbitrages uniquement sur la base d'observations rapides, ce qui entraîne un traitement moins favorisant pour les affections invisibles¹.

Ces affections directement observables ne sont pas sans rappeler les critères de la handicapologie décrits par Robert Castel, le corps visiblement atteint constituant le certificat le plus efficace du bon pauvre en ce qu'il légitime l'absence de travail (Castel, 1995). La distinction entre bons et mauvais pauvres, qui ne s'est jamais véritablement perdue dans l'histoire de l'assistance, se rejoue ainsi dans l'accès à l'hébergement. Que ce soit concernant l'accès en CHRS (Schlegel, 2019), ou dans l'attribution de ces places « facilitées » au sein de l'hébergement d'urgence, les figures des bons et des mauvais pauvres se réactivent, en plaçant les sans-abri présentant certaines vulnérabilités sanitaires comme étant les plus légitimes à être hébergés.

Présenter une affection sanitaire peut donc constituer un accélérateur dans l'accès à l'hébergement. D'autres avantages ont en outre été décrits par des hébergés présentant ces vulnérabilités. Les hébergés à mobilité réduite étant hébergés au rez-de-chaussée au foyer du père Virgile disposent par exemple de sanitaires utilisés par un nombre beaucoup plus restreint d'accueillis. Je l'ai montré au chapitre précédent, la question des sanitaires en centres d'hébergement représente un enjeu non négligeable dans la préservation de soi. Aussi, les douches adaptées pour les personnes à mobilité réduite sont fermées à clé, ce qui garantit qu'elles soient relativement propres. Plus encore, Patrick, hébergé au FPV, m'explique que ces douches du rez-de-chaussée ont l'avantage d'avoir un mitigeur, contrairement aux douches des étages à poussoir, rendant impossible le réglage de la température. Patrick m'explique alors « profiter » d'être au rez-de-chaussée pour ces avantages matériels qui prennent un sens non négligeable dans la carrière de survie des sans-abri (Pichon, 1995).

En outre, les avantages destinés aux hébergés présentant des affections sanitaires concernent également, au foyer du père Virgile, le fait de pouvoir rester en journée. Les personnes sont en effet censées quitter l'établissement à 10 heures, et ne peuvent revenir qu'à 17h30. Toutefois, pour une frange d'hébergés autorisés, il leur est possible de rester la journée

¹ Malgré leur formation paramédicale, les infirmières présentes au sein des centres d'hébergement contredisent peu ces critères mobilisés par les travailleurs sociaux.

dans l'établissement. Cela concerne une vingtaine de personnes environ, sur la capacité de plus de 100 places de l'établissement. C'est alors la même frange des hébergés qui sont autorisés à rester dans l'établissement :

« Aujourd'hui, ce qui va permettre à une personne de plaider de rester en journée, c'est essentiellement une problématique sanitaire. Dire j'ai mal, je suis malade, et là oui on plie... c'est pas on plie, mais c'est on tolère ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Au-delà des affections ponctuelles que peuvent exprimer les accueillis pour solliciter une autorisation à rester en journée – maux de ventre, fatigue, etc. –, ceux qui se déplacent avec difficulté, ainsi que les plus jeunes et les plus âgés se voient très souvent proposer de rester la journée au sein du FPV. Il s'avère, en outre, que les hébergés atteints d'affections sanitaires sont moins souvent exclus que les autres. Pour Renaud, éducateur spécialisé au CHRS des Rivières, Marc est « *trop vulnérable* » pour être exclu, bien qu'il ait transgressé les règles : « *il n'est pas apte à être mis dehors* », me dit-il. C'est également le cas au sujet de Billel, atteint d'une sclérose en plaques et se déplaçant en fauteuil roulant :

« Monsieur Saidi [Billel] plein de fois on aurait dû le mettre dehors par rapport à son comportement, donc là on le fait de plus en plus, mais on le fait en journée, de là à ce que je fasse accepter par l'équipe qu'on le mette dehors une nuit ou deux... Parce qu'il y a toujours cet aspect-là de santé, et tu vois nos réunions qui sont parfois embolisées par les NP1, NP2, parce qu'il y a des critères de vulnérabilité liés à la santé, le vieux monsieur avec ses cannes, l'autre qui est à moitié aveugle, l'autre qui est diabétique, qui fait trois transfusions par semaine, t'as toujours cette ambivalence-là ».

Yann, chef de service non diplômé du travail social, 50 ans, Virgile

L'ambivalence ici évoquée fait référence à la difficulté d'appliquer un traitement standardisé – notamment l'exclusion de l'établissement – face à une situation singulière d'un hébergé atteint d'une affection sanitaire. Les exclusions en journée constituent un compromis tenable dans cette tension, étant entendu que faire dormir une personne handicapée à la rue est moralement intolérable. En cela, l'atteinte d'une vulnérabilité sanitaire peut être protectrice vis-à-vis de certaines sanctions. Pour faire écho au chapitre 8, il s'avère également que les hébergés étiquetés comme ayant des troubles « psy » peuvent bénéficier de traitements plus cléments, leur permettant d'éviter l'exclusion définitive ou temporaire de l'établissement¹. Dans ce cadre,

¹ Ces exclusions, qui existent en pratique, n'ont pas de fondements légaux au regard du principe d'inconditionnalité de l'hébergement (Gardella, 2016a). Elles le sont encore moins à la SRAS où les hébergés y disposent d'un statut

l'atteinte d'une affection sanitaire peut paradoxalement permettre l'amélioration des conditions de vie, comme l'a souligné Yann Benoist (2016). Les hébergés ont d'ailleurs une perception assez claire de ces traitements différenciés :

Sébastien, un hébergé de la SRAS, vient au bureau et demande pourquoi il y a des règles différentes, et notamment pourquoi on ne lui sert jamais son repas quand il est en retard alors que d'autres ont ce passe-droit. Ludovic [ND] explique que certains hébergés sont fatigués et ont oublié le repas : « *il y a des gars qui sont à l'ouest* », et qui ne se rappellent pas de l'heure, et pour qui il est nécessaire qu'ils mangent au vu de leur état de santé. Sébastien n'est pas d'accord avec cette différence, et trouve que le même règlement devrait s'appliquer à tout le monde.

Extrait des notes d'observation, lundi 11 septembre 2017

Les hébergés peuvent ainsi se montrer critiques vis-à-vis de ce pouvoir discrétionnaire, potentiellement favorisant pour ceux présentant des affections sanitaires. Au demeurant, ils peuvent aussi se montrer enclins à visibiliser leurs affections sanitaires pour obtenir un traitement mélioratif.

3. *La supplique des hébergés*

Les travaux de Didier Fassin ont souligné que les arguments tenant aux atteintes corporelles et sanitaires étaient souvent mobilisés pour obtenir des aides d'urgence (Fassin, 2000b) ou certains droits, comme l'accès à la régularisation pour les étrangers (Fassin, 2001). Les différentes souffrances et affections du corps constituent une ressource que les plus démunis peuvent faire valoir, lorsqu'ils n'ont plus que cet ultime registre à mobiliser : « le corps, malade ou souffrant, est en effet investi, dans ces situations, d'une sorte de reconnaissance sociale en dernière instance que l'on tente de faire valoir lorsque tous les autres fondements d'une légitimité semblent avoir été épuisés » (Fassin, 2004b, p. 148). Au sein du monde de l'assistance, la mobilisation du corps comme ressource pour l'obtention d'une place d'hébergement d'urgence a été repérée.

À l'entrée de Virgile, je vois John. Il me dit qu'il ne va pas bien et qu'il sort de l'hôpital aujourd'hui. Il s'assoit par terre à l'entrée de l'établissement pour dormir. Quand les professionnels passent, il répète qu'il a dû dormir dans le couloir aux urgences et qu'il est fatigué. Les professionnels le laissent un petit moment, puis lui demandent de s'en aller [il n'a pas de place ce soir]. John

de locataire. Ces usages des sanctions au sein du monde de l'assistance qui ne sont, à ma connaissance, que peu traités sociologiquement pourraient être approfondis dans des travaux futurs.

dit qu'il est malade et sortant de l'hôpital en collant ses mains comme s'il priaït. Il demande qu'on le garde pour ce soir.

Extrait des notes d'observation, lundi 4 février 2019

Dans cette situation, comme dans de nombreuses autres, cet hébergé visibilise son dénuement. Cette supplique se fonde sur une gestuelle corporelle dramatisant sa vulnérabilité (Fassin, 2000b). Des travailleurs sociaux m'ont également fait part de situations où des personnes ont simulé de boiter ou d'être aveugles dans le but d'obtenir une place d'hébergement. L'infirmité, réelle ou fabulée, est ainsi parfois mobilisée comme une surface d'interpellation (Bureau, Rist, 2012). Cette supplique par le corps peut en conséquence s'avérer violente pour les professionnels :

Lola [ES] parle d'un hébergé qui est arrivé un soir à Virgile, et qui montrait des photos horribles de pieds sur son téléphone. Il montrait son téléphone, selon Lola, comme pour dire « *hébergez-moi, il y a de la torture dans mon pays* ». Hugo [ND] dit à son tour avoir vu des photos avec des personnes décapitées, montrées par un autre hébergé. Hugo me dit qu'il a fait la même chose à Charlotte, en lui tendant son téléphone, pour obtenir une place. Il ajoute que ces photos horribles sont cachées entre des photos de paysages, ce qui est encore plus choquant.

Extrait des notes d'observation, dimanche 17 mars 2019

L'exposition des professionnels à ces images violentes est sans doute pensée par ces demandeurs pour faire appel à leur « indignation » et à leur « sens moral » (Bureau, Rist, 2012, p. 87). Le corps fait en cela office d'« épreuve de vérité » (Fassin, Memmi, 2004, p. 26) – notamment lorsque les sans-abri ne parlent pas la même langue que les professionnels –, celui-ci permettant d'attester des bonnes raisons de la sollicitation de l'aide.

Pour les hébergés francophones, la supplique par le corps se conjugue souvent à une narration de soi dans le registre de la vulnérabilité (Astier, Duvoux, 2006). Il en va ainsi de John, juste au-dessus, qui décrit sa fatigue, ou encore de Joseph qui rappelle sa maladie pour solliciter une place d'hébergement comme je l'ai montré au chapitre 8. En outre, se présenter en mettant en avant sa « bonne volonté sanitaire » constitue également un levier dans la sollicitation de l'aide (Arborio, Lechien, 2019) :

Un hébergé qui a passé sa première nuit à Virgile hier soir m'interpelle après que je l'ai salué. Il me dit qu'il ne sait pas où dormir ce soir. Il débite très rapidement plusieurs informations, en disant qu'il a 65 ans, qu'il a toujours été propre et qu'il ne boit pas. Il me précise qu'il prenait tous les jours sa douche discrètement dans une ferme. Il m'explique avoir divorcé et perdu

son logement car il était insalubre. Je lui explique que je ne suis pas travailleuse sociale et lui conseille d'aller voir les professionnels.

Extrait des notes d'observation, jeudi 3 janvier 2019

La présentation de cet hébergé comme quelqu'un de propre et ne buvant pas n'a rien d'anodin et montre la volonté de cet accueilli de se distinguer de l'image du mauvais pauvre afin d'obtenir une place d'hébergement. Cet homme témoigne par ses propos de son adhésion à « la charte implicite du malade pauvre » (Fassin, 2004b, p. 250), en partie régie par une bonne volonté à prendre soin de soi¹. Le corps, comme attestation du dénuement ou de la bonne volonté à prendre soin de soi, constitue ainsi une ressource par laquelle les sans-abri peuvent solliciter une aide.

Cette surface d'interpellation par le corps présente toutefois des limites. Lorsque les hébergés sont considérés par les professionnels comme étant exigeants dans leur requête, ils se voient généralement limités dans l'attribution de l'aide sollicitée.

Billel, hébergé à Virgile, demande à Vanessa [ES] quel animateur l'accompagnera pour son rendez-vous à la préfecture cette semaine. Vanessa lui répond que personne ne peut l'accompagner. Billel s'énerve en disant qu'il ne connaît pas la ville, qu'ils laissent une personne à mobilité réduite se débrouiller seule et que ce n'est pas normal [...]. Plus tard dans la journée, Marie [IDE] rédige une altercation qu'elle vient d'avoir avec Billel. Elle m'explique qu'elle était dans le réfectoire, et qu'il lui a dit qu'il refusait d'aller faire ses bilans sanguins si on refusait de l'accompagner à la préfecture. Marie me dit que Billel criait qu'on ne pouvait pas laisser comme ça une personne en fauteuil roulant se déplacer seule, et que c'était dans leur devoir de le conduire. Elle lui a rétorqué qu'il n'y avait rien à voir entre prendre soin de lui et le fait de faire du chantage, et que par ailleurs, il était tout à fait capable de se rendre à l'autre bout de la ville pour rejoindre sa femme, donc il pouvait bien se déplacer seul au centre-ville. Marie me dit qu'elle n'a pas supporté son caractère exigeant.

Extrait des notes d'observation, lundi 4 février 2019

En écho au chapitre 8, il s'avère que les hébergés qui se montrent « exigeants » dévient du rôle social qui est attendu d'eux. L'interpellation par le corps trouve alors une limite lorsqu'elle s'exprime comme un dû. Les professionnels attendent que les hébergés saisissent ces traitements avantageux liés aux atteintes sanitaires comme des faveurs, et non comme un devoir à leur égard. Maintenir ce pouvoir discrétionnaire comme un système de faveur officieux

¹ Cette bonne présentation sanitaire de soi n'est pas la seule manière de prouver son appartenance à la catégorie des bons pauvres. Les femmes rencontrées ont souvent témoigné de la bonne éducation de leurs enfants – polis, ayant de bons bulletins scolaires – comme des éléments probants de leur adhésion à la frange des bons pauvres.

permet aux professionnels de garder une pleine maîtrise sur leur accord comme sur leur révocation. Un débat a d'ailleurs eu lieu sur ce point au foyer du père Virgile : un chef de service soulignait qu'il pourrait être intéressant de faire figurer dans le règlement intérieur la possibilité de solliciter une autorisation à rester en journée. Toutefois, les travailleurs sociaux ont unanimement défendu l'intérêt de maintenir ce système en l'état, sans cadrage institutionnel. Ce maintien de l'arbitraire entretient les positions de pouvoir des professionnels et la dépendance des hébergés à leur bon vouloir.

Aussi, pour revenir à l'attribution des places d'hébergement d'urgence, le pouvoir discrétionnaire dont usent les professionnels pour accueillir les hébergés présentant des vulnérabilités sanitaires doit aussi être envisagé sous cet angle. En effet, ce système arbitraire a cela de particulièrement violent qu'il se fonde sur une incertitude absolue pour les bénéficiaires. L'hébergement peut leur être accordé plusieurs soirs, voire semaines, de suite et retiré, d'un jour à l'autre, sans qu'une quelconque faute n'ait été commise par la personne. En outre, les accueillis n'ont pas toujours pleinement connaissance de bénéficier d'un traitement plus favorable, ce qui peut rendre la révocation de leur accueil d'autant plus incompréhensible. Le flou qui entoure ce pouvoir discrétionnaire peut alors générer des incompréhensions importantes de la part des hébergés, comme en a témoigné Joseph dans la situation décrite dans le chapitre 8. De surcroît, même lorsqu'ils disposent d'une place pérenne en étant NP1, les hébergés sont souvent particulièrement anxieux à l'idée de perdre cette place, notamment parce qu'ils ne maîtrisent aucun des rouages leur permettant d'assurer la pérennité de ce classement.

L'urgence sociale, de manière générale, fonctionne ainsi d'une manière assez obscure pour les sans-abri. Son organisation est entourée d'un « voile de mystère » (Dubois, 1999, p. 54) qui confère un pouvoir certain aux professionnels du monde de l'assistance, du SIAO comme des centres d'hébergement. La violence des institutions s'incarne alors ici par l'ensemble de ces « opérations de codage (classement, sélection, catégorisation, qualification, diagnostic...) », particulièrement éprouvante, car elles se fondent sur la singularité des situations (Béliard, Biland, 2008, p. 107). Ce ne sont pas seulement des règles générales qui produisent la violence institutionnelle, mais aussi l'application de ces traitements singuliers qui comportent une large part d'arbitraire. En ce sens, le déploiement d'une politique de la pitié (Fassin, 2004b), traduisant l'application contemporaine d'un traitement compassionnel de la question sociale (Fassin, 2006b), n'est pas seulement à la source de traitements bienveillants et bientraitants, sa part d'arbitraire impliquant également différentes formes de violence institutionnelle.

4. Au-delà de l'hébergement d'urgence : des effets discriminants de l'atteinte sanitaire dans l'accès à l'hébergement pérenne

De surcroît, si l'atteinte d'une vulnérabilité sociale et sanitaire peut être une ressource au sein du monde de l'assistance, en constituant parfois un accélérateur dans l'accès à une place d'hébergement d'urgence, cette dimension favorisante ne dit pas tout des effets différenciés auxquels sont confrontés les sans-abri malades. Lorsque l'on questionne les possibilités d'accès aux hébergements pérennes, il s'avère que certaines affections sanitaires viennent au contraire renforcer l'éloignement des demandeurs à ces places stables. Vianney Schlegel l'a montré avec les pathologies psychiatriques et la toxicomanie, incarnant des figures anciennes des mauvais pauvres (Schlegel, 2017, 2019). En complément, il apparaît sur le terrain d'enquête que j'ai observé que le fait d'être un hébergé à mobilité réduite, ou encore de disposer de certains appareillages médicaux, pouvait redoubler leur éloignement à des places d'hébergement pérenne, à rebours de l'idée que toutes les vulnérabilités sanitaires se joueraient comme un passeport d'accès à l'assistance.

J'ai commencé à soulever cette question avec la situation de Joseph, au chapitre 8. Du fait de son handicap physique, Joseph ne peut être accueilli qu'au sein du foyer du père Virgile. En effet, la plupart des établissements d'hébergement ne sont pas pourvus de lits au rez-de-chaussée ou bien ne disposent pas d'ascenseur. À Virgile, huit lits au rez-de-chaussée sont accessibles aux personnes ne pouvant pas monter de marches, ce qui est souvent trop peu au regard des demandeurs ayant des difficultés à se mouvoir. Les personnes en situation de handicap moteur se partagent alors un quota de places adaptées à leur situation encore plus faible que la population générale des sans-abri. Cette question de l'accessibilité des centres d'hébergement se conjugue en outre au « cantonnement catégoriel » des centres d'hébergement (Gardella, 2014a, p. 415), qui restreignent souvent leur accueil à certains bénéficiaires, comme les hommes de moins de trente ans au CHRS des Rivières, ou encore les femmes.

Précisément, les possibilités d'accueil de femmes présentant un handicap moteur sont plus dégradées encore localement, puisqu'à la non-adaptation des établissements s'ajoute la plus grande rareté de ceux qui leur sont destinés. Bien que la mixité des établissements destinés aux sans-abri soit encouragée politiquement (Marcillat, Maurin, 2018), un grand nombre d'établissements d'hébergement collectif restent non-mixtes au sein du monde de l'assistance¹.

¹ Audrey Marcillat et Marine Maurin soulignent que même dans les établissements qui se définissent comme « mixtes », la différenciation des hommes et des femmes reste prégnante (Marcillat, Maurin, 2018).

Au sein d'Envol, seul le centre d'hébergement rural des Érables permet l'accueil des hommes et des femmes. Il existe sur le territoire des associations qui se destinent plus spécifiquement à l'accompagnement et à l'hébergement des femmes qu'Envol. Toutefois, ces établissements reproduisent souvent des cantonnements au sein même de la population féminine : un établissement va être réservé uniquement aux femmes avec enfants, ou encore aux femmes dont il est identifié la nécessité de travailler sur la parentalité¹. Aussi, le centre d'hébergement pour femmes des Peupliers d'Envol constitue l'unique centre d'hébergement collectif s'adressant à toutes les femmes sur le territoire local urbain. Cet établissement ne dispose toutefois ni d'ascenseur ni de lits au rez-de-chaussée, rendant impossible l'accueil de femmes en fauteuil roulant dans des conditions adaptées. La complexité des possibilités d'accès à l'hébergement des femmes sans-abri à mobilité réduite souligne alors l'intersection du handicap et du genre dans la production des inégalités (Baudot, 2023).

Si le foyer du père Virgile dispose, lui, de chambres au rez-de-chaussée, il s'avère qu'elles ne sont pas réellement adaptées aux personnes à mobilité réduite, les chambres étant trop étroites pour les personnes en fauteuil roulant :

« On accueille des gens à handicaps, notamment en fauteuil roulant, et on n'est pas dans les clous. On a juste un rez-de-chaussée qui justifie qu'on peut accueillir ce public-là, mais en aucun cas la chambre elle a la dimension requise pour un accueil digne. Ok, donc on fait grossièrement dans l'indignité. C'est quand même dur de se dire ça. Après c'est tout simplement comble, c'est-à-dire que si dans deux chambres de quatre, on met deux lits de un, j'accueille deux personnes à la place de huit. Il faut que je trouve six places ailleurs, ou alors il faut qu'on m'ampute le financement pour six lits. Moi j'aurais tendance à dire, ok, nous on est ok, on fait deux places handicapées puis on va créer des places autre part. Mais le financeur, il ne va pas dire ça. Clairement, pour l'instant, l'injonction elle nous revient à nous, elle ne revient pas au financeur. Il s'en fout lui ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Les établissements sont confrontés à la réalité que l'adaptation de certaines places aux personnes à mobilité réduite implique la suppression d'autres. Les responsables des établissements sont alors confrontés à des arbitrages entre les enjeux éthiques et financiers que soulève cette question. Pour autant, la non-adaptation des établissements aux personnes à mobilité réduite s'explique également par un autre argument, plus surprenant. Plusieurs professionnels m'ont assuré qu'ils ne souhaitaient pas que l'établissement dans lequel ils

¹ Plus de détails seront apportés sur cette notion de parentalité à la fin du chapitre.

travaillent soit adapté aux personnes à mobilité réduite : « *non, on n'a pas d'ascenseur, mais c'est très bien comme ça !* » me dit ainsi un travailleur social de la SRAS. Cet établissement, alors même qu'il a été pensé pour l'accueil de sans-abri vulnérables sur le plan sanitaire, ne dispose ni d'ascenseur ni de places au rez-de-chaussée¹. Selon certains professionnels, l'adaptation des lieux pourrait entraîner une sorte d'appel d'air, favorisant la recrudescence de situations de personnes en situation de handicap particulièrement lourdes. Aussi, ne pas adapter les locaux pour les personnes à mobilité réduite permet de « *se préserver* », selon un chef de service. En refusant l'adaptation des locaux, les professionnels contribuent cependant à la production de discriminations indirectes à l'égard des sans-abri à mobilité réduite.

Plus frontalement, j'ai pu repérer lors des commissions CHRS et pensions de famille des situations de personnes présentant des handicaps physiques faisant l'objet de refus, en partie pour ce motif :

Un éducateur lit le dossier de demande d'admission. Il précise que la note sociale a été écrite par l'Association des Paralysés de France. Le demandeur est quelqu'un de très solitaire et isolé qui voudrait faire plus d'activités. Il a perdu son emploi à cause de son inaptitude physique. Il a une reconnaissance de handicap. Sa vie est très monotone : il sort peu, marche peu et a peu de relations de voisinage. Il n'a que la télévision comme loisir. Il veut rompre avec l'isolement et recréer du lien en allant en pension de famille. Il aurait besoin d'aide pour ses démarches administratives. Levant la tête du dossier, l'éducateur qui lisait donne son avis et des informations complémentaires, ayant rencontré le demandeur : « *c'est un monsieur très désocialisé. Il dit souhaiter faire des activités, mais il ne met rien en place jusqu'à présent* ». Il a aussi un problème avec l'alcool ; « *il se défonce la tête parfois* », et a démarré un suivi addictologique. « *Il rejette beaucoup la responsabilité sur les autres* ». Il a également des problèmes au dos et aux jambes et n'est pas autonome pour faire ses courses et le ménage complète le travailleur social. Sans trop d'échanges, la situation passe au vote : à l'unanimité, les professionnels lèvent la main pour refuser ce dossier en précisant que c'est à la fois à cause du manque d'autonomie de la personne et de « *son projet de vie incertain* » (les professionnels doutent du fait qu'il veuille vraiment faire des activités). « *C'est quelqu'un qui relève du champ du handicap* », finit par conclure l'éducateur.

Commission d'admission pension de famille, 13 mars 2019

Des demandes d'hébergement et de logement se voient ainsi refusées au moins en partie en raison du handicap physique de la personne. Plus récemment créées que les CHRS, les pensions de famille sont pour la plupart adaptées aux personnes à mobilité réduite localement :

¹ Les deux places du rez-de-chaussée sont réservées aux LHSS.

ce n'est donc pas l'enjeu de l'adaptation des locaux qui vient poser problème ici. En classifiant cette situation comme relevant du « *champ du handicap* », les travailleurs sociaux jouent de cette frontière ténue entre le social et le sanitaire pour renvoyer cette situation complexe vers une autre institution. Cet élément souligne à nouveau comment le monde de l'assistance résiste à une trop grande médicalisation, en refusant d'accepter certaines situations estimées trop lourdes sur le plan médical.

Néanmoins, refuser les personnes sans-abri en situation de handicap n'est pas sans poser de question sur les possibilités des personnes à disposer de soins et d'un environnement adapté à leur besoin. Lorsqu'ils sont refusés des CHRS et pensions de famille, ces sans-abri en situation de handicap physique se retrouvent bien souvent cantonnés aux dispositifs de l'urgence sociale. Si témoigner d'un handicap physique à la rue peut alors parfois favoriser l'accès à une place d'hébergement d'urgence, il ne s'agit pas uniquement d'une situation facilitante dans la mesure où de nombreux freins à leur hébergement pérenne sont ensuite repérables. Les effets croisés du handicap et du sans-abrisme contribuent ainsi à redoubler les discriminations éprouvées par ces personnes.

Ces entraves à l'hébergement, contredisant le principe de l'accueil inconditionnel, ne concernent pas uniquement les hébergés en situation de handicap moteur, mais également les sans-abri disposant d'appareillages médicaux spécifiques :

« Oui, déjà tout ce qui est perfusion on ne prend pas, parce qu'au niveau de l'hygiène c'est compliqué, alors en sous-cutané à la limite ça passe je dirai, mais en intraveineuse c'est mort. Tout ce qui est tuyaux entre guillemets, ce qui va être sonde naso-gastrique, GPE [gastrostomie percutanée endoscopique] directement dans l'estomac ou dans les intestins parfois, perfusion du coup, sonde urinaire, parce qu'au niveau de l'hygiène c'est pas possible ».

Anne, infirmière, 30 ans, CHRS de la SRAS

Parce que leur accueil implique des normes d'hygiène, et souvent certains actes de soins, les personnes disposant de ce type d'appareillages sont généralement refusées des CHRS ou pensions de famille au motif qu'elles présentent des pathologies trop lourdes, comme je l'ai évoqué au chapitre 7 en étudiant les relations entre le monde de l'assistance et le monde médical. Jean-Marie, évoqué au chapitre précédent, est accueilli au foyer du père Virgile avec une sonde urinaire – les centres d'hébergement d'urgence étant plus souples dans leurs conditions d'admission –, toutefois, à l'image d'hébergés en situation de handicap moteur, ce dernier y sera vraisemblablement cantonné, les CHRS collectifs et pensions de famille refusant

la plupart du temps les personnes présentant ces appareillages. Alors, si Vianney Schlegel a montré que l'atteinte d'une maladie grave, comme le cancer, faisait régulièrement l'objet d'un hébergement prioritaire en CHRS (Schlegel, 2019), j'ajoute une nuance à ce résultat, en précisant que lorsque ces états sanitaires graves s'accompagnent d'une dépendance physique, ces personnes peuvent au contraire voir leur possibilité d'accès à un hébergement pérenne s'éloigner. Dans certains cas, la double atteinte d'une vulnérabilité sanitaire et d'une vulnérabilité sociale génère un surplus de discrimination, éloignant ces personnes de la possibilité d'accéder aux CHRS d'insertion, de stabilisation, ou encore aux pensions de famille.

Paradoxalement, les dispositifs médicalisés comme les LHSS refusent également des personnes au motif que leurs situations sont trop lourdes sur le plan médical. À Virgile, deux places sont réservées aux LHSS. Sur ce dispositif, une infirmière et un travailleur social de l'association sont amenés à intervenir. Extérieurs au foyer du père Virgile, ces professionnels disposent d'un temps destiné à accompagner les usagers des LHSS. De surcroît, les places sur les LHSS sont plus pérennes que les places en mise à l'abri. Alors, lorsque Marie rencontre Billel, qui a une sclérose en plaques et Medhi qui est dialysé, elle demande par deux fois leur admission sur une place vacante des LHSS de Virgile. La réflexion de Marie est de leur permettre d'être hébergés de manière plus stable, et qu'ils bénéficient de surcroît d'un accompagnement social et infirmier plus étayé que celui proposé par Virgile. Par deux fois, les demandes de Marie ont été refusées, au motif que les deux situations étaient trop lourdes d'un point de vue médical. En effet, les LHSS sont pensés pour des besoins de soins aigus et ponctuels, ce qui n'est pas le cas des affections de Billel et Medhi (les LAM n'ayant alors pas encore ouvert). En cela, les places « médicalisées » de l'association ne sont pas réservées aux plus malades, mais à certains types de malades. Medhi et Billel restent alors dans des conditions d'hébergement et de soin précaires, malgré des places disponibles en LHSS. C'est là un paradoxe important du monde de l'assistance : du fait de la multiplicité des dispositifs induisant chacun leurs critères, il s'avère que ce sont parfois les établissements les plus précaires, en termes de conditions d'hébergement, d'encadrement et de soins, qui se retrouvent à accueillir les situations les plus complexes.

II. Des conditions de soin discriminantes

Être un sans-abri malade joue donc dans la régulation de l'accès à l'hébergement, certaines affections pouvant opérer en faveur d'une accélération dans l'accès à ces places, quand d'autres les en éloignent au contraire. Mais au-delà de cet accès différencié, ce qu'il en

est des conditions de soin réservées aux hébergés présentant des affections sanitaires nécessite d'être étudié. Que se passe-t-il lorsque les personnes, une fois hébergées, voient leur situation sanitaire se dégrader ?

1. N'avoir sa place nulle part : aux interstices du social et du médical

Didier, 52 ans, est hébergé à la SRAS et souffre d'un cancer. Bien qu'il soit opérable, il a décidé de ne pas se faire opérer. Son médecin lui a précisé qu'en refusant cette opération, il aurait rapidement des difficultés à s'alimenter, ce qui s'est effectivement produit, Didier s'amaigrissant à vue d'œil. Face à sa dénutrition, le service oncologique a estimé qu'il était nécessaire que Didier ait une sonde gastrique pour être alimenté. Il a donc un rendez-vous pour la pose de la sonde. Toutefois, comme je l'ai évoqué plus haut, les travailleurs sociaux et l'infirmière de la SRAS ont estimé qu'il n'était pas possible d'héberger Didier avec une sonde. Hélène, l'infirmière, explique que le service médical a soutenu que Didier pourrait nettoyer lui-même le matériel, ce dont les professionnels doutent fortement. Le médecin généraliste de la SRAS a alors été contacté, et il a rédigé un courrier à l'attention du service oncologique pour stipuler qu'il était impossible que Didier soit hébergé avec une sonde pour des raisons d'hygiène. Les travailleurs sociaux considèrent que Didier a besoin d'être hospitalisé, d'être pris en charge dans un environnement médicalisé, pour bénéficier de cet appareillage qui lui est nécessaire. Néanmoins, une hospitalisation pour une sonde gastrique est estimée impossible pour les services hospitaliers, refusant de le prendre en charge pour cette seule raison.

La situation de Didier illustre tout particulièrement l'existence de failles entre les institutions sociales et médicales, rendant complexes les soins dont cet homme a besoin. Les deux institutions interagissent en effet avec leurs normes spécifiques, qui peuvent s'avérer contradictoires pour les besoins des personnes concernées. Malgré la sanitarisation du monde de l'assistance et la structuration importante des établissements vis-à-vis du soin, ces derniers continuent de formuler des limites à cette prégnance sanitaire. Des failles demeurent ainsi entre le monde médical et le monde de l'assistance, dans la mesure où des personnes s'avèrent au final trop malades pour être hébergées avec certains appareillages, mais trop peu pour être hospitalisées. En conséquence, c'est l'hébergé qui pâtit d'être dans cette situation. Puisque ni l'hôpital ni le centre d'hébergement ne renoncent à leurs normes institutionnelles, Didier n'a pas pu bénéficier de la mise en place de la sonde gastrique dont il avait besoin pour être alimenté. Il reste donc à la SRAS, et continue de se dénourrir sans pouvoir bénéficier de soins pouvant l'apaiser. Dans cette situation, l'appartenance simultanée à une catégorie d'hébergé et

de malade est particulièrement discriminante, puisqu'elle empêche concrètement la mise en place de soins nécessaires. Cela éclaire ainsi une des façons par lesquelles le social s'incorpore, dans la mesure où la situation sociale d'hébergé de Didier se mue ici en une inégalité de santé qu'il éprouve directement.

De surcroît, cette situation participe à nouveau à complexifier l'image de sans-abri réticents à prendre soin d'eux-mêmes, puisque ce sont parfois les fonctionnements institutionnels qui peuvent les priver des soins leur étant pourtant nécessaires. Il en va de même pour Patrick, dont j'ai parlé dès l'introduction de la thèse. Patrick, 56 ans, est hébergé au foyer du père Virgile. Il décédera peu de temps après mon départ de l'établissement. Lorsque nous échangeons ensemble, Patrick m'exprime à de multiples reprises son souhait de quitter le FPV, et de trouver un lieu qui lui corresponde mieux. Il me dit néanmoins en entretien : « *quelle structure pourrait accueillir un mec comme moi, c'est-à-dire avec quand même un suivi médical que je ne souhaite pas du tout interrompre ?* ». Depuis qu'il a été dans le coma, Patrick est en effet largement suivi au niveau médical. Loin d'être éloigné des soins, il est suivi en gastro-entérologie, en addictologie et en psychiatrie, ainsi que par un kinésithérapeute, un dentiste, et par un ophtalmologue. De lui-même, Patrick exprime sa difficulté à trouver un lieu adapté à sa situation. Il a la sensation de n'avoir sa place nulle part, ne se sentant pas assez à l'aise pour vivre seul en pension de famille, n'étant pas assez âgé pour vivre en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et étant lassé de vivre en centre d'hébergement collectif.

Usé de cette vie au sein du monde de l'assistance, Patrick expose à qui veut bien l'entendre son mal-être. Il appelle régulièrement les pompiers en leur demandant de venir le chercher à Virgile, en expliquant qu'il ne va pas bien. Il est parfois hospitalisé quelques heures aux urgences, mais au motif qu'il est alcoolisé, il se voit renvoyé au foyer du père Virgile. À un de ses retours de l'hôpital, Patrick me dit qu'il souhaitait être hospitalisé en psychiatrie pour « *être tranquille : retrouver un rythme, prendre mon petit-déj, mon déjeuner, mon dîner* », mais que l'hôpital n'a pas voulu le garder. Il regrette que l'hôpital psychiatrique ait changé, et me dit que lorsqu'il s'y présentait avant, on le prenait directement. « *Maintenant c'est comme ici, faut qu'il y ait un lit* ». Patrick éprouve les évolutions de ces institutions, qui sont désormais devenues des espaces de sélection. Le point de vue Patrick permet de complexifier le rapport que les sans-abri entretiennent vis-à-vis de la psychiatrie : elle n'est pas uniquement source de méfiance et de stigmatisme (Sicot, 2001 ; Joubert, 2003) comme je l'ai avancé au chapitre 8, mais est aussi parfois souhaitée et vécue positivement. Outre la psychiatrie, Patrick souhaite

profondément être soigné et se rend lui-même, à de nombreuses reprises, dans les lieux de soins. Il me dit même en entretien « *sauter sur l'occasion* » de partir à l'hôpital quand cela se présente.

Je ne suis ensuite plus présente à Virgile, mais des nouvelles me parviennent de temps en temps. J'apprends alors le décès de Patrick en juillet, à Virgile. Lola, éducatrice spécialisée, est affectée par sa disparition, et me dit que « *ça aurait pu être évité* ». Elle m'explique que Patrick a été conduit aux urgences psychiatriques une nouvelle fois, mais étant donné qu'il était en manque d'alcool, l'infirmière l'a orienté vers l'unité d'addictologie, en lui donnant un rendez-vous quelques jours plus tard. Cependant, trop peu nombreux ce jour du rendez-vous, les travailleurs sociaux de Virgile n'ont pas pu l'y conduire. Il a été retrouvé ce jour-ci inconscient à la porte de Virgile ; il est décédé peu après. J'ai constaté – et éprouvé – une profonde tristesse des professionnels comme des hébergés, montrant les liens d'attachement noués avec Patrick (Uribelarrea, 2020).

La situation de Patrick met en lumière de nombreux éléments et notamment la manière dont les différentes institutions, sociales et médicales, se renvoient mutuellement la prise en charge de Patrick. Démunis face à l'accompagnement qu'ils peuvent lui proposer, les travailleurs sociaux le soutiennent dans ses démarches de soin. Au sein des services médicaux, il fait cependant l'objet d'un renvoi perpétuel. Lorsqu'il se rend aux urgences ou en psychiatrie, il est renvoyé vers l'addictologie, au motif de sa dépendance à l'alcool. Or, le service d'addictologie refuse qu'il réalise une cure parce qu'il est hébergé à Virgile :

« La dernière fois que j'ai vu le docteur au CHU en addicto, elle je la connais depuis un bail, elle me dit bon, vous voulez faire une cure, ça fait la combien ? Pff, je dis, moi je sais pas, ça fait un paquet quand même. Elle me dit d'accord, admettons, moi je vous admet en cure, mais elle me dit, et après ? Et moi j'ai pas de réponses. Alors elle me dit, si c'est pour que ça se passe comme ça s'est déjà passé, vous venez faire une cure, on voit bien : ça va mieux. Vous restez une semaine, et vous voyez la différence par rapport à quand vous êtes rentré, mais après vous retournez à Virgile et puis vous allez recommencer à picoler, enfin en gros, je dis ça... [...]. Elle me dit quand vous serez plus au clair par rapport à ce que vous souhaitez après et que ce soit réalisable, dans ce cas-là on vous prend en cure, mais à votre sortie de cure faut pas retourner à Virgile, il faut que vous alliez ailleurs, avoir un autre projet de vie. Quelque chose de plus concret, de plus solide ».

Patrick, 56 ans, hébergé à Virgile

La situation sociale de Patrick freine ses possibilités d'être soigné : puisqu'il vit en centre d'hébergement, le sevrage est considéré comme inutile par le médecin addictologue. Laureline Coulomb l'a également remarqué : « les hospitalisations sont très fréquemment

refusées aux patients n'ayant aucune solution d'hébergement stable à la sortie et il en va de même pour les cures de sevrage. La crainte de voir tous les effets positifs de la prise en charge médicale se réduire à néant aussitôt que le patient retourne vivre dans la rue est utilisée par les soignants pour justifier ce positionnement » (Coulomb, 2016, p. 175). Si Patrick bénéficie d'une place stable en centre d'hébergement d'urgence, la même logique s'applique : l'environnement n'est pas considéré comme étant assez « *solide* » pour permettre d'envisager une hospitalisation. Patrick est donc pris dans une boucle dans laquelle il ne parvient pas à faire entendre son besoin d'être aidé. Dans l'entretien, il me dit même qu'il a « *l'impression d'être un vieux meuble oublié dans un coin* ». Si situant aux interstices du social et du médical, Patrick peine à être pris en charge à la mesure de ses besoins.

La situation de Patrick peut être éclairée par le travail mené par Anne Petiau au sein d'une maraude parisienne destinée à aller vers les sans-abri présents au sein des gares et à leurs abords (Petiau, 2019). Visant à améliorer l'accompagnement social et sanitaire de cette population vulnérable, cette maraude contribue en réalité « à faire circuler les personnes sans abri plutôt qu'à les accompagner durablement » (Petiau, 2019, p. 36). Son enquête éclaire la manière dont les services médicaux et sociaux se montrent réticents à élargir leur champ d'action pour prendre en charge ces patients sans-abri. Par un processus de délégation de leur responsabilité quant à ces situations, « les différents secteurs opèrent des renvois les uns vers les autres » (Petiau, 2019, p. 49). Au sujet de la situation de Patrick, les services de psychiatrie et des urgences considèrent en effet que sa problématique médicale ne relève pas de leur mandat, et renvoient ce patient vers l'addictologie. Face à des patients peu désirables comme les sans-abri, il semble ainsi que les secteurs médicaux investissent les frontières de leur juridiction pour déléguer la prise en charge de ces personnes (Abbott, 1988). Le service d'addictologie lui-même refuse de prendre en charge Patrick, considérant que ce dernier doit d'abord résoudre le problème social de son hébergement avant de pouvoir réaliser une cure. Cette boucle se poursuit enfin par le fait que les travailleurs sociaux, considérant l'amélioration de la santé des sans-abri comme un préalable à l'accompagnement – comme je l'ai montré au chapitre précédent –, dirigent Patrick vers des soins avant d'envisager d'autres perspectives d'hébergement ou de logement. Patrick est donc mis en mouvement, et à l'instar de l'analyse portée par Anne Petiau, aucune considération sanitaire durable ne lui est accordée. Cette circulation participe à l'invisibilisation de la gravité de la situation de Patrick et en définitive à la détérioration de sa santé en partie en raison de sa situation sociale.

Aussi, la fréquentation importante de Patrick des services médicaux vient rappeler que la question des inégalités sociales de santé ne peut se réduire à l'enjeu de l'accès aux soins. En effet, cette question de « l'accès » ne dit rien de la qualité des soins reçus (Gelly, Pitti, 2016). Cela vient alors apporter une réponse à un paradoxe soulevé par Gabriel Uribelarrea : comment comprendre que les sans-abri constituent une population qui consulte, mais qui est tout de même relativement en mauvaise santé (Uribelarrea, 2020) ? Fréquenter les institutions de soins et les professionnels médicaux ne signifie pas être bien soigné : Patrick, malgré sa consultation importante du milieu médical, est en réalité sous-soigné, puisqu'aucun service médical ne prend réellement en compte son besoin de soin. Au demeurant, les situations de Didier et de Patrick viennent plus largement souligner les cloisonnements qui perdurent entre le social et le médical. Malgré l'ambition politique de décroiser ces deux mondes, des frontières perdurent, et ces dernières ont des conséquences directes et inégalitaires sur la santé de ces personnes.

2. *Le vieillissement des sans-abri : l'habiter au croisement des inégalités de classe et d'âge*

La situation de Patrick souligne par ailleurs que le vieillissement des sans-abri constitue un problème singulier. À l'instar de nombreux sans-abri, Patrick est confronté à un vieillissement prématuré, étant alors « trop vieux pour la rue, trop jeune pour la maison de retraite » (Rouay-Lambert, 2006, p. 136). La revue *Retraite et société*¹ a récemment réalisé un numéro sur le vieillissement des personnes sans-abri, soulignant avec acuité combien elles éprouvent un cumul de difficultés rendant leur prise en charge complexe. Le numéro souligne notamment les obstacles nombreux auxquels les sans-abri sont confrontés pour accéder aux établissements du grand âge (Coulomb, 2021 ; Uribelarrea, 2021). Je rejoins sans réserve ces analyses, ayant constaté en pratique un nombre important d'hébergés âgés souhaitant aller en EHPAD ou en résidence privée pour aînés (RPA), mais restant longtemps sans réponse, ou étant refusés de ces établissements².

Afin de lutter contre les stigmates associés à cette population, et favoriser son accès à ces établissements, Envol a organisé une journée de rencontre avec des représentants d'un grand nombre d'EHPAD et de RPA de la région. Plusieurs dizaines de professionnels de ces

¹ « Vieillesse, marginalité urbaine et mal-logement », *Retraite et société*, 2021/1, n° 85.

² À partir de 65 ans, les personnes ne disposant pas des ressources financières suffisantes pour accéder à un établissement pour personnes âgées peuvent bénéficier d'une aide sociale leur permettant l'accès à ces établissements. Article L113-1 du code de l'action sociale et des familles. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031727295. Consulté le 18 mai 2023.

établissements se sont alors déplacés, ont visité le foyer du père Virgile et la SRAS, et ont pu écouter les arguments des travailleurs sociaux, des hébergés, des soignants, quant à l'accueil de cette population. L'argument majeur des professionnels qui est ressorti de cette journée est que les hébergés des centres d'hébergement seraient finalement plus « institutionnalisés » que d'autres, rendant leur prise en charge non pas plus complexe, mais au contraire plus facile :

« Nous les résidents ils sont déjà habitués à la vie en collectivité, les horaires des repas ils connaissent, qu'il y ait du personnel médical ça ils les voient passer, qu'il y ait des partenaires ils connaissent, le traitement, la prise de traitement ils connaissent, qu'il y ait un médecin qui vient ils connaissent, enfin, ils sont plus habitués que quelqu'un qui vit dans un appartement autonome et qui arrive dans une structure et qui... ouais les repas en communauté ils connaissent, enfin voilà, au final moi je vois pas pourquoi une personne ici elle poserait plus de problèmes que mon grand-père ou ma grand-mère qui rentre dans un EHPAD ».

Marine, assistante de service social, 28 ans, CHRS de la SRAS

Les professionnels du monde de l'assistance mettent en avant le fait que les sans-abri sont habitués de longue date aux fonctionnements des institutions, ce qui faciliterait leur prise en charge en EHPAD. De surcroît, il est également avancé qu'avec le vieillissement, les sans-abri ne seraient plus des « *précaires* » : « *à cet âge-là les gars, c'est plus des marginaux* », me dit une éducatrice. Marine, qui souhaite orienter un hébergé dans un EHPAD, me dit que celui-ci est : « *juste une personne âgée, il n'est plus un précaire, il ne consomme plus d'alcool et tout* ». Ces réflexions, de nombreuses fois entendues au sujet des sans-abri âgés, expriment le fait que l'avancée en âge viendrait finalement supplanter la situation sociale de sans-abrisme. D'un côté, les établissements destinés aux personnes âgées nient le vieillissement prématuré de ces demandeurs, en les renvoyant uniquement à leur situation sociale et notamment aux stigmates du sans-abrisme, et de l'autre, les centres d'hébergement nient la situation sociale singulière des sans-abri vieillissants, en avançant qu'ils sont finalement des personnes âgées comme les autres. À nouveau, les institutions se renvoient mutuellement la part du problème que pose cette population (Coulomb, 2021).

Les effets croisés des inégalités de classe et d'âge confrontent alors ces sans-abri vieillissants à des conditions de vie et de soin inégalitaires. Ces derniers sont en effet souvent cantonnés à vieillir dans des établissements sociaux, au sein desquels ils sont parfois discriminés dans leur possibilité d'accéder à certains soins, notamment aux soins palliatifs. Les centres d'hébergement cherchent en effet à tout prix à éviter que des décès surviennent au sein des établissements. Je l'ai évoqué au chapitre précédent, les professionnels recourent même à

des pratiques coercitives pour hospitaliser les personnes sans leur consentement, lorsqu'ils anticipent que la mort peut potentiellement survenir. Si le décès de Patrick est difficile à accepter par les professionnels, c'est en partie parce qu'il dévie du fait que la « bonne mort » doit survenir en milieu hospitalier pour les professionnels du monde de l'assistance (Castras, 2003 ; 2015). Cette mise à distance de la mort se traduit par une réticence généralisée à accompagner la fin de vie au sein des centres d'hébergement d'Envol :

« Ça pose question parce qu'on a vu ces personnes-là, elles souffrent, les portes sont ouvertes, les autres qui passent les voient, ils voient la personne s'amaigrir, la personne s'affaiblir, la personne souffrir, et les résidents ça les travaille beaucoup et c'est nous qui nous prenons les réflexions des personnes [...]. C'est difficile pour moi d'accepter ça... Et puis maintenant une personne qui est en fin de vie, nous les week-ends on est seul, une partie du temps on est seul, le soir à partir de 19h15 on est seul, s'il y a un problème qu'est-ce qu'on fait, si cette personne il faut la changer, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on ne rentre pas dans la maltraitance ? Voilà, la limite elle est où, jusqu'à où, on peut aller ? Donc pour moi c'est questionnant, et si ça tenait qu'à moi, je serais opposé à ça, voilà, et puis nous aussi les travailleurs aussi on a notre parcours de vie aussi, voilà on sait pas jusqu'où on peut encaisser cette souffrance... ».

Adama, Moniteur-éducateur, 38 ans, CHRS de la SRAS

Adama souligne une réflexion partagée au sein de l'association quant à la difficulté d'héberger des sans-abri en fin de vie¹. L'exposition à la souffrance, à la réalisation de certaines tâches sanitaires, ainsi que l'incompréhension potentielle des autres accueillis constituent des sources de difficulté pour mener ce type d'accompagnement. Le contexte de vie en collectivité constitue l'argument majeur qui est mis en avant pour expliquer la complexité, voire l'impossibilité, à ce que les sans-abri vivent leur fin de vie en centres d'hébergement :

« Ici nous vivons dans une communauté, dans une collectivité. Une personne qui vit dans une collectivité, qu'est-ce que nous on peut faire ? On voit cette personne en train de se dégrader, il y a la collectivité, il y a les autres qui le voient [...]. La collectivité, moi je vis chez moi je refuse le soin, je suis chez moi tu vois, mais vivre en collectivité aussi amène un certain comportement ».

Adama, Moniteur-éducateur, 38 ans, CHRS de la SRAS

¹ Si les LAM peuvent en partie répondre à ce besoin de prise en charge de la fin de vie des sans-abri, le faible nombre de places sur ce dispositif (15 sur l'ensemble du département) ne solutionne que partiellement ce problème localement.

Si le contexte de vie collectif constitue le motif majeur mettant la fin de vie à distance, il reste que du point de vue des hébergés ces établissements d'hébergement sont leur domicile. Certains hébergés aspirent alors à décéder chez eux, en centres d'hébergement, parfois accompagnés de soins palliatifs, ce que ces établissements n'acceptent que rarement :

« Les équipes ont du mal à mon avis à se dire que c'est transitoire, à se dire que quelqu'un qui est dans cet établissement peut terminer sa vie dans cet établissement en fait. Pour moi, toute personne qui est dans un établissement, quel qu'il soit, c'est son lieu de vie. C'est son domicile. Après pour moi c'est pareil que le domicile à l'extérieur, ce qui veut dire que cette personne a droit aux soins palliatifs à son domicile, qui est là, qui est l'établissement ».

Paul Renaud, médecin coordinateur du réseau de soins palliatifs à domicile, 62 ans

Les centres d'hébergement d'Envol refusent fréquemment la mise en place de soins palliatifs à domicile pour les hébergés. Les professionnels de la SRAS ont quelques rares fois accepté la mise en place de ces soins, mais se montrent désormais réticents à accepter ce type de prise en charge. Cette question de l'accès aux soins – ici aux soins palliatifs – s'insère dans un questionnement plus large quant aux enjeux de l'habiter en centres d'hébergement (Grand, 2013). Aussi, même dans les CHRS de stabilisation où les accueillis sont enjoins à se sentir chez eux, il existe des limites dans les possibilités qui leur sont faites de s'approprier ces lieux, l'une d'entre elles étant le fait qu'il ne s'agit pas d'un lieu légitime pour y finir sa vie. Cette limite dans l'appropriation d'un chez-soi rejoint des analyses sur les dimensions vulnérables et précaires de l'habiter en centres d'hébergement (Thalineau, 2002 ; Grand, 2013 ; Pichon, 2019). En effet, ce refus de soins sous-tend le fait que les accueillis ne sont pas totalement chez eux dans ces établissements. En s'approchant de la mort, les hébergés se voient restreints dans leur droit à habiter les espaces qui leur sont réservés, et sont en conséquence régulièrement privés de leur droit à mourir chez eux. Ce constat s'inscrit alors dans le sillon des travaux d'Édouard Gardella et de Gabriel Uribelarrea, analysant que la défense d'un droit à l'habiter est corollaire de la défense d'« un droit à la santé et à l'accès aux soins » (Gardella, 2016b ; Uribelarrea, 2020, p. 270). Aussi, s'il ne se montre pas « inconditionnel », comme le propose Édouard Gardella (2016b), les limitations du droit à l'habiter continuent de produire des freins dans les possibilités pour les sans-abri d'être soignés.

3. *La « surmédicalisation » des hébergés*

Jusqu'à présent dans cette partie, j'ai montré combien le fait d'être hébergé et malade pouvait conduire à des situations de sous-soin, ou encore de non-soin. Cette réalité

discriminante de la double appartenance à la catégorie de malade et d'hébergé n'est toutefois pas la seule. À l'inverse, cette situation confronte parfois les hébergés à des situations de « surmédicalisation », entendue comme le fait d'éprouver des suivis médicaux, examens et traitements plus importants que la population générale, en raison de cette situation sociale.

D'abord, si l'environnement des centres d'hébergement n'est pas médicalisé, les hébergés de ces établissements vivent dans un contexte sanitarisé dans lequel la suspicion de maladies, de souffrances et d'affections est constante, les positionnant dans un contexte fort de veille sanitaire. Gabriel Uribelarrea pose également le constat que les sans-abri consultent régulièrement des médecins (Uribelarrea, 2020). Selon une enquête statistique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) menée en 2012 auprès de plus de 3 500 bénéficiaires de centres d'hébergement et de services de distribution de repas, près de neuf enquêtés sur dix ont rencontré un médecin au cours de l'année (Moisy, 2015). Cette prégnance sanitaire se retrouve dans les discours des hébergés, et notamment dans leurs expériences multipliées des consultations médicales. Ainsi, alors que j'échange avec Angélique afin de lui demander un entretien, je comprends qu'elle accepte à contrecœur. Je lui précise à nouveau que ce n'est pas obligatoire. Elle me dit alors qu'elle préfère ne pas faire d'entretien, car elle « *voit déjà beaucoup trop de monde* ». Elle m'explique ainsi qu'elle voit un médecin, un psychiatre, une infirmière, et que dernièrement on a voulu qu'elle rencontre également un psychologue. Elle m'indique qu'elle ne sait même plus quoi dire tellement elle voit de monde.

Au-delà d'un entourage soignant important, cette « surmédicalisation » se retrouve également dans une contrainte à la prise de traitements en raison du contexte de vie en centre d'hébergement :

« Le docteur m'avait dit vous pouvez arrêter le traitement, mais il faut continuer parce que comme tu n'as pas les moyens, tu peux encore chuter. C'est pas bien, et je pense à ça donc je prends le médicament pour le diabète et puis Amlodipine® pour la tension, et puis Sertraline® pour le moral, Alprazolam® pour dormir, et puis quoi encore ? Il y a encore un comprimé je pense, parce que j'avais aussi la graisse dans le sang...

Chloé : Cholestérol ?

Cholestérol, donc c'était ça.

Chloé : Et pourquoi le médecin vous a dit de continuer de prendre le médicament pour le diabète ?

Parce qu'il m'avait inscrit sur l'examen, donc c'était normal, il a dit qu'il n'y avait plus de trace. Mais après il m'a dit comme tu n'as pas de moyens pour

acheter moins sucré, il faut manger beaucoup de légumes, donc continue jusqu'à ce que tu aies la possibilité d'être autonome ».

Joseph, 47 ans, hébergé à Virgile

Du fait de sa situation sociale, Joseph, se voit contraint de prendre des traitements dont il pourrait pourtant se passer. Les centres d'hébergement que j'ai observés ne permettent en effet que difficilement le respect des régimes alimentaires spéciaux, comme celui associé au diabète. Aussi, la situation sociale de Joseph entraîne une médication plus importante que la population générale. Cet aspect discriminant n'est que rarement étudié, or, c'est une réalité, les sans-abri sont nombreux à prendre des traitements, *a fortiori* lorsqu'ils sont accueillis en centres d'hébergement. À rebours de l'image associée à cette population comme étant réticente à prendre des traitements, Édouard Gardella, Anne Laporte et Erwan Le Méner rappellent à travers différentes enquêtes épidémiologiques que leur observance est importante : près de 80% des sans-abri souffrant d'une affection chronique prennent un traitement quotidiennement (Gardella, Laporte, Le Méner, 2008). Comme je l'ai également indiqué dans la première section, une grande partie des accueillis prennent des traitements¹, et Joseph le rappelle, leur nombre et les problématiques qu'ils concernent sont parfois multiples. La fréquentation des centres d'hébergement correspond d'ailleurs souvent à un moment d'augmentation de la prise des traitements. Joseph m'indique ainsi que c'est depuis qu'il est au foyer du père Virgile qu'il a un traitement pour le diabète, ainsi que pour le moral et le sommeil. Les difficultés des conditions de vie en centres d'hébergement conjuguées à la veille sanitaire exercée dans ces lieux favorisent l'augmentation de cette prise de traitements. En écho aux analyses apportées dans les deux chapitres précédents, il apparaît à nouveau que le temps de l'hébergement constitue un moment d'étiquetage pathologique dans la carrière de survie des sans-abri (Pichon, 1995, 1996). Robin concède d'ailleurs en entretien que le fait d'être hébergé en institution peut engendrer cette « surmédicalisation » :

« Il y a quelques années j'ai vu... alors, c'était une infirmière remplaçante donc de toute façon elle ne risque rien dans notre entretien, mais une infirmière remplaçante qui dit tiens je vais lui remettre un petit demi Seresta® de plus parce qu'il est un peu énervé ce matin. Voilà, donc il n'y avait même pas d'ordonnance, c'était comme ça, tiens, je lui en remets un petit parce que là il est un petit peu chiant ce matin, il va nous casser les pieds. Voilà, je trouve que ça, à la SRAS, ça ne doit pas être notre pédagogie. Si cette personne est un petit peu fatigante tout ça, il y a autre chose sûrement à travailler. Après je ne juge personne en disant ça [...]. Et mon point de vue

¹ Pour rappel, en 2018, 45 hébergés de la SRAS sur 50 prennent un traitement quotidien.

peut être très hypocrite aussi parce que tu vois, la dernière fois on abordait une situation, une personne à qui le médecin avait justement baissé un petit peu, bon cette personne du coup s'est pris la tête avec une autre personne au réfectoire, on a remonté un peu, mais on voit qu'il continue à avoir quand même un comportement un petit peu nerveux. Alors moi-même je me dis on va remonter encore un petit peu. Mais baisser ne veut pas dire qu'on ne réajuste pas quand même si besoin, mais voilà, peut-être un petit peu dans ce questionnement perpétuel, de se dire voilà, est-ce qu'on pourrait peut-être diminuer, ou aménager, ou voir les choses de manière différente ».

Robin, travailleur social non diplômé, 44 ans, CHRS de la SRAS

Robin souligne ici la facilité, dans laquelle il s'inclut, que peut constituer la médication face à certains comportements d'hébergés. Les professionnels, soignants y compris, peuvent avoir tendance à privilégier l'augmentation ou la mise sous traitement lorsque les comportements des hébergés leur sont difficiles à gérer. Aussi, le contexte de vie en institution peut faciliter cette mise sous traitement. Cette logique n'est sans doute pas exclusive au monde de l'assistance, et doit vraisemblablement concerner d'autres secteurs du travail social, comme la protection de l'enfance et le secteur du handicap. Cette réflexion invite alors à la prolongation d'études sur ce sujet, contribuant à nuancer la part des effets bénéfiques produits par la sanitarisation du social. En effet, à travers ces trois enjeux décrits dans cette partie que sont la prégnance de failles entre les institutions sociales et médicales, les inégalités corolaires au vieillissement des sans-abri en centres d'hébergement et leur potentielle « surmédicalisation », je montre que la situation sociale de ces hébergés présentant des affections sanitaires peut contribuer à renforcer les inégalités sociales de santé auxquelles ils sont déjà exposés.

III. Des inégalités de traitement de la santé parmi les hébergés

Comme j'ai commencé à l'aborder à travers les rapports sociaux d'âge et de classe des sans-abri vieillissants, la prise en charge de la santé des hébergés s'inscrit dans des rapports sociaux complexes et pluriels. Aussi, l'approche intersectionnelle va permettre, dans cette dernière partie de chapitre, d'étudier les effets inégalitaires de la double atteinte d'une affection sociale et sanitaire en analysant les différenciations internes qui s'opèrent parmi les hébergés.

1. « Ça c'est notre vrai public ! »

Les professionnels des centres d'hébergement, à l'image de chaque métier de service, définissent une image idéale de leurs usagers (Cartier, 2005). L'existence de ce profil d'hébergé

idéal se repère à travers des phrases telles que : « *là vous allez vous battre, on est sur les fondamentaux du CHRS* » ou encore « *lui c'est un vrai résident de CHRS* » :

L'éducatrice spécialisée du SIAO, avant de commencer la lecture du dossier, dit qu'il s'agit là de « *notre vrai public* ». Il s'agit d'un homme de 47 ans, célibataire et sans enfant. L'éducatrice dit qu'il paraît épuisé physiquement et moralement¹. Elle lit : sa situation s'est dégradée depuis sa séparation. Il est originaire de la campagne du coin, et a été élevé dans un milieu rural rude. Il a eu des difficultés depuis petit à l'école. L'éducatrice dit que selon lui, « *il ne rentre pas dans les cases* ». Elle complète en disant qu'il a vécu dans une cave avec sa compagne pendant cinq ans. Désormais, il souhaite « *se poser et se reconstruire* ». Il n'a jamais été locataire. En levant la tête du dossier, l'éducatrice dit qu'il faut « *travailler sur l'estime de soi* », « *c'est un monsieur épuisé par la précarité, il faut qu'il reprenne confiance en lui* ». Il est isolé et a du mal à demander de l'aide, ajoute-t-elle. Sur la santé : « *nickel, mais ça, c'est lui qui le dit* ». L'éducatrice dit qu'il paraît amaigri. C'est un monsieur qui va mal, répète-t-elle trois fois. Un éducateur dit : « *oui, c'est le genre de personne à pas aller chez le médecin, car pourquoi prendre soin de lui ?* ». L'éducatrice du SIAO confirme et ajoute : « *c'est une catastrophe au niveau estime de soi* ». Elle explique qu'il veut une toute petite chambre, rien de plus. Elle dit qu'il se sent bien à Virgile car selon lui, « *il n'y a que des psychopathes comme lui* ». « *Ah oui on est vraiment bien en termes d'estime de soi !* » réplique un éducateur. L'éducatrice spécialisée de Virgile, présente à la commission, dit qu'il ne mange rien, qu'il ne boit parfois qu'un café le matin. « *Bon, les Peupliers ?* » propose le chef de service de ce CHRS. C'est validé. Quelqu'un dit « *bon courage, il ne va jamais partir* », ce qui fait rire tout le monde. Le chef de service répond en souriant « *il faut l'appivoiser, c'est comme ça qu'on dit ?* ». L'éducatrice du SIAO dit que le travail va être difficile, mais vraiment intéressant. Le chef de service acquiesce.

Commission d'admission CHRS, 7 novembre 2018

Cette situation, décrite comme se rapprochant du « *vrai public* » des centres d'hébergement, concerne donc un homme français, issu d'un territoire géographique proche, et étant confronté à des vulnérabilités multiples. La situation de cet homme met en avant la conjugaison de nombreuses problématiques, mêlant la précarité économique, l'hygiène, l'estime de soi et l'isolement notamment. Le travail à mener auprès de cet homme, s'il est considéré comme particulièrement difficile, est pour autant qualifié de « *vraiment intéressant* ». D'ailleurs, le chef de service du CHRS des Peupliers propose très rapidement de l'accueillir, ce qui est loin d'être toujours le cas dans ces commissions. Par son isolement, son éloignement

¹ À la différence des demandes d'hébergement d'urgence, les professionnels du SIAO reçoivent physiquement certaines des personnes qui sollicitent une place en CHRS, comme cet homme. Les autres personnes sont reçues par des services sociaux dits « instructeurs », comme le service social de l'hôpital, ou encore différents accueils de jour.

des soins, et le fait qu'il ait côtoyé des modes d'habitat précaires durant une longue période, cet homme se rapproche de la figure des « grands exclus » analysée par Julien Lévy (2021). Appréhendés comme le public originel des centres d'hébergement, les grands exclus constituent la population avec laquelle le travail est considéré comme s'accomplissant le mieux pour les professionnels du monde de l'assistance (Lévy, 2021). Accueillir ceux dont personne ne veut constitue une assise importante dans la construction de cette catégorie idéale typique des « vrais hébergés ».

Le terme de « clochard » est peu utilisé pour qualifier les hébergés aujourd'hui par les travailleurs sociaux. Il semble toutefois que l'hébergé idéal entretient une certaine proximité avec cette figure, qui se ferait de plus en rare :

« Les vrais clochards de l'époque, qu'on voit plus trop maintenant, ils sont tous morts, donc c'était des clochards avec des problèmes comme ça, c'est-à-dire absence d'hygiène depuis des années, donc des parasitoses très installées, de la gale avec des piqûres partout... ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Les clochards auraient donc disparu. Il convient de ne pas essentialiser ce profil de sans-abri, mais de saisir comment cette figure – dont les marqueurs sont notamment le manque d'hygiène, l'addiction à l'alcool et la sédentarité (Besozzi, 2020) – permet d'éclairer les différenciations qu'opèrent les professionnels vis-à-vis des publics qu'ils accueillent. Aussi, le rajeunissement de la population accueillie au sein des centres d'hébergement, décrit par de nombreux professionnels, constitue un argument fréquent qui permet d'évoquer en miroir la disparition des clochards d'autrefois. En outre, le remplacement de ces clochards par des « cas psy » est également un argument mobilisé régulièrement :

« On avait vraiment des gens beaucoup plus difficiles, c'était vraiment des purs et durs, des SDF, des clodos, il n'y avait pas encore cette notion de psychiatrie si tu veux. Mais elle est venue très rapidement parce qu'à peine deux ans trois ans après que je sois arrivé [à la SRAS] déjà on commençait à accueillir des gens de l'HP [hôpital psychiatrique]».

Habib, travailleur social non diplômé, 50 ans, CHRS de la SRAS

Bien qu'ils soient « *beaucoup plus difficiles* », ce profil historique d'hébergé est souvent regretté. La rhétorique du remplacement des vrais clochards contribue en effet à sacraliser cette figure. Cette sacralisation passe également par le fait qu'une frange minime de ces hébergés idéaux constitue les plus beaux cas d'insertion de l'association. Ils sont même qualifiés de « *miracles* » par un éducateur, et de « *magnifiques* » dans l'extrait suivant :

« Il y a eu des parcours magnifiques, des gens qui sont passés à la SRAS, et qui sont ressortis par la grande porte.

Chloé : C'est-à-dire par l'emploi ou pas forcément ?

L'emploi pas forcément, mais un logement, avec une insertion durable, avec une AAH [allocation aux adultes handicapés] [...]. Donc il y a des gens, bah tu l'as croisé, je ne sais pas s'il est toujours à la SRAS, Maurice ? Pas à la SRAS, mais en face. Voilà, donc lui c'est le bon exemple. Mais il n'y a pas que lui qui a construit un petit chemin comme ça, qui s'est posé et qui est stable. C'est super. On ne savait pas si ça pourrait aller jusqu'à là pour beaucoup de personnes, et puis ça nous a montré que c'était possible pour quelques personnes, pas une majorité, mais bon c'était super ».

Claude, travailleur social non diplômé, 57 ans, ancien chef de service de la SRAS

Ces « *parcours magnifiques* » sont rares, comme le souligne Claude. Le parcours de Maurice est même plutôt unique en réalité. Sa trajectoire m'a été racontée à de multiples reprises et fait office de mythe institutionnel. Cet ancien hébergé est considéré comme ayant été « *un vrai clochard* », « *archi dur* », qui s'en est finalement sorti en accédant à un logement et en devenant abstinant par rapport à l'alcool. Ce récit, transmis dès que possible au sein de l'association, entretient la vision fantasmée d'un public regretté.

Plusieurs éléments nuancent toutefois le caractère véritablement originel de ce profil d'hébergé. Les clochards, héritiers des vagabonds, s'ils sont bien le public originel des asiles de nuit, ne le sont pas pour les CHRS, comme je l'ai montré au chapitre 2¹. Plus encore, plusieurs recherches soulignent que le public des centres d'hébergement a toujours été hétéroclite, que ce soit en termes d'âge ou de nationalité (Brodiez-Dolino, 2018, 2020). Ainsi, s'il est souvent avancé dans les discours que le public se rajeunit – au détriment de l'accueil des grands exclus –, les rapports d'activités associatifs d'Envol soulignent que les centres d'hébergement ont toujours accueilli des jeunes. En 1934, date la plus ancienne à laquelle j'ai pu remonter pour obtenir des données, il y a déjà 24,6% de jeunes hommes de moins de 30 ans au foyer du père Virgile. En 1974, les hébergés entre 19 et 30 ans y représentent même 48% de la population accueillie. Certains professionnels ayant une longue expérience soulignent eux-mêmes qu'il n'y a jamais eu que des clochards dans les foyers, contrairement au discours parfois véhiculé. Jean-François explique ainsi que lorsqu'il a commencé à travailler, l'organisation des repas au réfectoire marquait une différenciation entre les accueillis. Une table était alors

¹ Pour rappel, à leur création en 1953, les centres d'hébergement (ancêtres des CHRS) étaient réservés aux personnes sortantes d'établissements hospitaliers, libérées de prison et aux personnes en danger de prostitution (Aranda, 2019).

officieusement réservée aux « *jeunes* », une autre aux « *clodos* », une autre aux « *étrangers* », m'explique-t-il.

S'il convient de nuancer le caractère véritablement originel de cette catégorie d'hébergé, sa mythification est éclairante sur les processus qui sous-tendent l'élaboration du public type des centres d'hébergement. En effet, cette figure de l'hébergé regretté continue d'agir dans la construction du public idéal d'aujourd'hui. Alors que l'image de l'hébergé idéal se rapproche de celle d'un homme, blanc et relativement âgé, il apparaît en miroir que lorsque l'on s'intéresse aux publics avec lesquels les professionnels apprécient le moins de travailler, des classements liés à l'origine, à l'âge et au genre sont mobilisés.

D'abord, il apparaît que le « vrai travail » en centre d'hébergement ne s'accomplit pas à travers l'accompagnement des hébergés « *sans-papiers* » :

« J'aime le public de l'insertion, c'est vraiment un truc qui... la mission est intéressante. Après j'aime un peu moins les missions – et il y en a de plus en plus – pour les sans-papiers. J'aime moins. Parce que quand je vois des jeunes Africains qui arrivent comme ça, et s'ils n'avaient pas ce souci de papiers, ils seraient intégrés tout de suite. Et comme j'ai pu l'écrire pour certains, la France n'aurait pas à rougir de les intégrer plus facilement, alors voilà, l'idée de la procédure... Alors que quand il n'y a pas de troubles profonds, ou des troubles enfin qu'ils soient psy ou autre, j'ai l'impression que c'est vraiment mon boulot ».

Hugues, éducateur spécialisé, 57 ans, CHRS des Rivières

Cette façon d'envisager le travail ne concerne pas seulement les travailleurs sociaux « cliniques », comme Hugues¹ (Gaspar, 2012) : de manière répandue au sein du monde de l'assistance, les personnes en situation irrégulière sont considérées comme des personnes avec lesquelles il y a peu de travail à faire, excepté un travail administratif qu'ils estiment souvent peu maîtriser, en dehors de quelques professionnels qui se spécialisent sur ces accompagnements spécifiques. Si les professionnels apprécient largement ces hébergés, considérés comme attachants et ne posant pas de problèmes au quotidien, leur accompagnement est néanmoins considéré comme s'éloignant du cœur de leur métier².

Louise me parle de l'accompagnement des personnes sans-papiers. Elle me parle d'un homme qui a une obligation de quitter le territoire français [OQTF]. Louise me dit que l'avocate est confiante pour l'obtention des

¹ Pour plus de détails, voir au chapitre 8.

² Du point de vue des sans-abri migrants et réfugiés, leur accueil en centre d'hébergement génère souvent des sentiments de honte à être rapprochés physiquement et symboliquement des grands exclus (Lévy, 2021).

papiers, mais qu'elle ne l'est pas du tout. Louise me dit que cet accompagnement est dur. « *On est vraiment dans l'impuissance, car il n'y a rien à faire* ». Louise me dit que « *ça tient la route au niveau du logement* », il recherche un emploi, mais elle me précise que ce n'est pas facile de trouver des employeurs qui n'ont pas le droit de les embaucher. Elle n'est pas à l'aise à l'idée de lui donner des consignes contradictoires : chercher du travail alors qu'il n'en a légalement pas le droit. Et au niveau de la santé, Louise me dit qu'il s'est fait refaire les dents, mais c'est tout, il n'a besoin de rien d'autre. Elle dit « *ce n'est pas de l'insertion, mais c'est maintenir les gens dans des conditions insupportables* ».

Extrait des notes d'observation, mercredi 13 novembre 2019

Cet extrait d'observation souligne la manière dont est appréhendé le travail auprès de ce public : « *ce n'est pas de l'insertion* », au sens où les professionnels la définissent. En effet, les travailleurs sociaux estiment réaliser un travail d'insertion lorsqu'ils accomplissent un travail qui vise la transformation des individus, comme je l'ai montré au chapitre précédent. En ce sens, l'insertion par l'obtention d'une régularisation s'éloigne de la définition qu'ils en donnent, dans la mesure où ce travail ne vise pas à infléchir les dispositions des individus. Considérant qu'aucun travail éducatif n'est nécessaire à leur égard, leur prise en charge est appréhendée dans le registre de l'impuissance. Aussi, ces hébergés suscitent des émotions fortes comme l'indignation ou la pitié, mais ne constituent pas le public avec lequel les professionnels estiment accomplir véritablement leur travail.

Deuxièmement, les classements de genre permettent également de définir en creux le public légitime des centres d'hébergement. Une grande majorité des professionnels avancent que le travail au sein du monde de l'assistance est plus difficile lorsqu'il concerne les femmes :

« Personnellement j'arrive mieux à gérer [les hommes], parce que tu vois avec le 115 j'avais des familles, j'avais des femmes avec des enfants, et je me souviens à plusieurs reprises j'ai pas pu trouver de places pour une maman qui était toute seule avec ses trois enfants, et au début j'ai appelé le cadre d'astreinte en disant : "*j'ai pas réussi à placer cette dame, faut trouver une solution et tout*", et c'était, mais ouais, mais on peut rien faire, on va pas mettre une chambre d'hôtel à disposition, elle ne rentre pas dans les critères, etc. Et du coup, rien que... Tu vois, et pourtant, je n'avais pas les personnes face à moi, mais d'entendre la détresse de cette maman, j'ai beaucoup de mal à gérer. Donc les femmes et les enfants, je ne suis pas certaine que je me retrouverais ou que j'arriverais à gérer en tout cas cette difficulté... en tout cas pour moi, les hommes c'est, c'est hyper dur, enfin ils ont des parcours de vie inimaginables pour certains, et même pour ceux... mais ouais les hommes, je ne sais pas, j'ai plus de... j'arrive à plus prendre de recul en fait ».

Charlotte, éducatrice spécialisée, 25 ans, Virgile

L'accompagnement des femmes est présumé comme étant particulièrement complexe. Comme avec les personnes en situation irrégulière, ces accompagnements sont éprouvants parce qu'ils suscitent une forte indignation morale. Alors que des réflexions se font jour dans l'association pour rendre mixtes certains établissements, les professionnels s'avèrent majoritairement réticents face à cette évolution. Outre le fait que les femmes sont présumées en danger en étant hébergées avec des hommes (Lanzarini, 2003 ; Marcillat, Maurin, 2018), les professionnels invoquent le fait d'avoir choisi de travailler avec des hommes, et que l'accueil de femmes transformerait leurs pratiques professionnelles. Il est ainsi avancé que les professionnels ne pourraient pas travailler de la même manière avec des femmes qu'avec des hommes, les femmes étant considérées comme plus difficiles à accompagner (Marcillat, Maurin, 2018). Dans cette représentation du travail, l'accompagnement des hommes est considéré comme la norme, tandis que le travail auprès des femmes fait intervenir le registre de l'adaptation et de l'ajustement. Ces représentations professionnelles témoignent de la prégnance de différenciation de sexes au sein du monde de l'assistance (Marcillat, Maurin, 2018), consacrant le genre masculin comme celui y occupant une place historique et légitime.

Au sein du centre d'hébergement pour femmes, les professionnelles, majoritairement des femmes, mettent en avant leur goût du travail spécifique que constitue l'accompagnement des femmes sans-abri. Elles recourent toutefois elles aussi à des classements et à des différenciations internes. En l'occurrence, le public idéal et regretté parmi la population féminine est, à l'image des hommes, celui des femmes françaises, se rapprochant de l'image des clochardes. Les professionnelles expliquent ainsi que c'est avec ces hébergées qu'elles pouvaient « *vraiment faire notre [leur] travail* », comme me l'indique Gisèle, travailleuse sociale au centre d'hébergement pour femmes.

Ce sont enfin les classements d'âges qui permettent de saisir le public idéal, le travail auprès des jeunes étant lui aussi considéré comme difficile, exposant, et déstabilisant :

« Ce qui est évident, c'est que qui dit 18-25, dit sans ressources, dit et comment ça se fait qu'à 18 ans tu arrives dans un bazar comme ça. Donc le bagage il est déjà bien bien costaud quoi, et c'est pas facile [...]. Ils sont dans des conduites plus de provocation [...] ils peuvent se rebeller, contrairement à d'autres qui sont cassés par la rue, et puis qui ont même la force de se défendre ou d'enquiquiner les autres ».

Harold, chef de service non diplômé du travail social, 41 ans, Virgile

Les jeunes seraient une population particulièrement complexe à accompagner, non seulement en raison de l'indignation morale suscitée par la présence de ces jeunes majeurs à la

rue, mais aussi par le fait qu'ils auraient de nombreux troubles et des attitudes potentiellement provocantes et pénibles à gérer pour les professionnels.

« Le public que je préfère, c'est plutôt les plus anciens, et les gars plutôt de la rue. Et puis je me sens plus en capacité de leur proposer des choses, enfin les jeunes, en tout cas, beaucoup qu'on a ici, c'est beaucoup de personnes qui n'ont pas de papiers, et moi ça je me sens impuissante tu vois, j'ai l'impression qu'on fait des dossiers, des trucs, des machins, et puis qu'au final il n'y a rien quoi, enfin je trouve que c'est difficile d'accompagner ce public-là. Alors que les pères qui ont passé 20 ans dans la rue, eux ils veulent un endroit cosy où se poser, des relations agréables, et pas aller courir les administrations pour un bout de papier, ce n'est pas du tout le même accompagnement je trouve ».

Louise, éducatrice spécialisée, 31 ans, CHRS des Rivières

Dans les propos de Louise, la jeunesse et le fait d'être en situation irrégulière se conjuguent pour expliquer qu'il ne s'agit pas du public idéal pour elle, contrairement aux « *pères qui ont passé 20 ans dans la rue* ». Les classements liés au statut migratoire, à l'âge, et au genre renforcent l'éloignement de certains et certaines hébergés de la figure la plus légitime à être accompagnée. Ces classements viennent alors réactualiser une ligne de partage entre les bons et les mauvais pauvres (Castel, 1995). Le bon pauvre, ou l'hébergé idéal, est ainsi le pauvre qui a de « bonnes raisons » d'être en centre d'hébergement et de ne pas travailler, en raison de son âge, mais aussi sa dégradation physique. Ce qui qualifie le bon pauvre est finalement le pauvre sur lequel la pauvreté est particulièrement visible. En outre, c'est également parce que ce public remet moins en cause les façons de travailler des professionnels qu'il fait l'objet de « préférences ». Les femmes, les jeunes et les personnes en situation irrégulière viennent en effet bouleverser les logiques de travail et l'autorité des travailleurs sociaux, notamment parce qu'ils et elles soulèvent davantage le registre de l'indignation morale.

Il va de soi que l'ensemble des professionnels ne définissent pas leur public idéal de la sorte, et que certains apprécient l'accompagnement de sans-abri s'éloignant de cette figure. Néanmoins, ces éléments témoignent de la manière dont se construit collectivement une représentation du public légitime des centres d'hébergement, et en creux celles et ceux qui s'en éloignent.

2. *Sans-abri sans-papiers, moins accompagnés ?*

Les personnes en demande d'asile disposent de dispositifs prévus pour leur situation, comme les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) notamment. Du fait de la saturation de ces établissements, en partie expliquée par l'allongement des procédures d'examen, cela conduit une partie des demandeurs d'asile à être hébergés dans des dispositifs de l'hébergement social ordinaire (Dourlens, 2005). Par ailleurs, les demandeurs d'asile ne constituent pas l'ensemble des sans-abri dont la situation administrative de résidence sur le territoire français est complexe : certains n'ont pas encore enclenché de procédure, d'autres ont été déboutés, voire ont reçu une obligation de quitter le territoire français (OQTF) et certains encore sollicitent une régularisation par d'autres biais que l'asile (raison médicale, regroupement familial...). N'étant pas autorisées à travailler et ne disposant donc souvent pas de ressources, ces personnes sont pour certaines accueillies au sein des CHU et CHRS.

Les professionnels du monde de l'assistance considèrent que la part des sans-abri qu'ils qualifient comme étant « *en situation administrative complexe* » augmente. Toutefois, il faut préciser que les centres d'hébergement ont toujours accueilli des sans-abri étrangers. Axelle Brodiez-Dolino le constate en étudiant le foyer Notre-Dame des Sans-Abri à Lyon (Brodiez-Dolino, 2020), et je fais le même constat au foyer du père Virgile puisqu'en 1974, 16% de la population du foyer du père Virgile est d'origine étrangère. Aussi, il faut manier avec prudence cette représentation des sans-abri étrangers comme étant une figure récente du sans-abrisme. Cela étant, il ne s'agit pas de nier la part conséquente de sans-abri d'origine étrangère sollicitant l'aide sociale à l'hébergement. L'enquête statistique de Françoise Yaouancq et de Michel Duée, basée sur les données de l'enquête sans-domicile de 2012, souligne ainsi que 56% des sans-domicile sont étrangers (Yaouancq, Duée, 2014).

Malgré un besoin similaire d'hébergement, il s'avère en pratique que des traitements différenciés sont produits entre les personnes étrangères et françaises. Françoise Yaouancq et Michel Duée pointent que « les sans-domicile nés à l'étranger bénéficient de conditions d'hébergement moins favorables que les sans-domicile nés en France : ils sont dans l'ensemble plus souvent hébergés en hôtel que les sans-domicile nés en France (25 % contre 5 %), plus souvent sans-abri (11 % contre 8 %) et en revanche moins souvent en logement fourni par une association ou un organisme d'aide (23 % contre 38 %) » (Yaouancq, Duée, 2014). Les sans-abri étrangers éprouvent ainsi des conditions d'hébergement plus précaires, ce que l'ethnographie que j'ai menée corrobore. Dans un contexte de saturation des dispositifs d'hébergement, les sans-abri en situation irrégulière sont en effet inscrits sur des listes d'attente

secondaires au sein des centres d'hébergement d'urgence d'Envol pour obtenir une place pérenne¹. Confrontée à la nécessité de hiérarchiser les demandes, l'association a en effet instauré deux listes d'attente, une pour les personnes en situation régulière, et une pour les autres. L'inscription sur la première liste d'attente garantit l'accès à un hébergement stable relativement rapide, contrairement à la seconde. Ce traitement différencié assigne les personnes d'origine étrangère non régularisées à recourir nettement plus longtemps au 115 et à la mise à l'abri. Par exemple, au foyer du père Virgile, alors qu'un sans-abri français attendra quelques semaines avant d'obtenir une place stable – s'il n'est pas « facilité » avant – un sans-abri sans-papiers pourra compter en mois, voire en années, son temps d'attente avant d'accéder à une place pérenne d'hébergement d'urgence. Gabriel, qui a 72 ans, attend ainsi depuis deux ans pour obtenir une place stable.

Ce fonctionnement est justifié par les professionnels en raison du risque d'« embolie » des établissements, l'instauration de ces traitements différenciés étant pensée comme ne devant pas pénaliser les usagers historiques de ces institutions. En cela, les sans-abri d'origine étrangère sont appréhendés comme une population moins légitime que les sans-abri français. Un éducateur exprime d'ailleurs cela en me disant : « *après culturellement le sans-abri, il est français d'origine française* ». Les sans-abri français sont donc érigés comme la population autochtone des centres d'hébergement, concurrencés par une population étrangère et racisée. Le dédoublement de cette liste d'attente, comme manière de gérer cette concurrence, vient alors contredire une représentation que l'on retrouve parfois médiatiquement selon laquelle les sans-abri français n'auraient plus leur place dans les centres d'hébergement.

En outre, cette différence de traitement est justifiée pour des raisons économiques : sans ressources, les hébergés non régularisés ne participent pas financièrement à leur hébergement, contrairement aux personnes bénéficiant d'un salaire, de l'AAH ou du RSA. Plus encore, les professionnels justifient ce traitement différencié par le fait qu'accueillir trop de personnes en situation irrégulière freinerait les mouvements dans les établissements. En effet, comme je l'ai indiqué plus haut, le travail auprès de ces personnes se résume bien souvent aux yeux des professionnels à de l'attente, étant considéré que dès l'obtention d'une autorisation administrative de présence sur le territoire, ces personnes pourront travailler et avoir un logement sans aucune difficulté. Il est donc estimé n'y avoir que très peu de travail éducatif à

¹ Cette liste d'attente opère pour hiérarchiser les admissions en HU (hébergement stable au sein de l'urgence sociale). Les analyses que j'ai apportées au début du chapitre au sujet des niveaux de priorité concernent l'accueil en « mise à l'abri », soit pour quelques jours.

fournir auprès de ces hébergés. En revanche, leur prise en charge peut être extrêmement longue, dans la mesure où leur départ est conditionné à l'obtention d'une régularisation, longue et incertaine à obtenir. Afin que les établissements continuent d'assurer des sorties du dispositif d'hébergement, la liste d'attente est donc dédoublée, étant considéré que les prises en charge des sans-abri français sont moins longues. Ce traitement différencié trouve ainsi une de ses explications au regard des injonctions des financeurs de ces dispositifs, imposant à ce qu'il y ait des sorties régulières des centres d'hébergement. Cette injonction contraint les professionnels à appliquer des traitements différenciés, dont ils jugent très souvent eux-mêmes l'aspect discriminant : « *c'est pas normal* », « *t'as vu ce qu'on fait, c'est super hein ?* ».

En effet, cette double liste d'attente ne dépeint pas seulement des traitements différenciés, mais bien des traitements inégalitaires, dans la mesure où la situation administrative de résidence entraîne ici un désavantage manifeste quant à l'accès aux places d'hébergement (Lahire, 2021). En outre, ces inégalités de traitement construites sur l'argument d'une différence de statut administratif semblent euphémiser des classements raciaux élaborés sur ce critère administratif. Les différences préexistantes entre les hébergés, en l'occurrence le statut administratif, entérinent des discriminations raciales venant au final privilégier les sans-abri blancs.

Dans les commissions CHRS, ce principe de double liste d'attente n'existe pas, le SIAO ne pouvant cautionner officiellement ces traitements discriminants. Néanmoins, dans la mesure où les CHRS maintiennent des marges de manœuvre importantes dans l'accès à ces établissements (Schlegel, 2017, 2019), des traitements inégalitaires s'y reproduisent officieusement. Ainsi, lorsqu'une place se libère, les professionnels peuvent arbitrairement proposer à la personne placée à la troisième place de rentrer, sans solliciter les personnes en première et deuxième position. Cela arrive notamment quand il est estimé que trop de personnes en situation irrégulière sont accueillies pour le moment. Malgré le maintien d'une liste d'attente unique, des mécanismes de différenciation perdurent également au sein des CHRS étudiés localement.

Ces traitements inégalitaires ne s'arrêtent toutefois pas à une question de place. L'enjeu de l'accompagnement et *a fortiori* de l'accompagnement sanitaire est également impacté par ces traitements inégalitaires. Alors que les sans-abri français bénéficient d'un accompagnement et d'un étayage autour de leur santé, en étant conduits à leurs rendez-vous ou encore en ayant leurs traitements distribués par l'infirmière, il semble que les sans-abri en situation irrégulière le sont moins. Ces différences sont notamment repérables à travers les situations de Patrick et

de Joseph. Alors que Patrick est considérablement entouré et pris en charge par les professionnels du FPV dans le cadre de ses soins, la situation est diamétralement différente pour Joseph. Ce dernier a un grand nombre de traitements et de suivis concernant sa santé, mais contrairement à Patrick, il gère seul ses suivis et sa médication. Pour Patrick, l'établissement se charge de prendre ses rendez-vous médicaux, de l'y conduire, de prendre les médicaments à la pharmacie, de préparer son pilulier, de lui distribuer et d'être attentif au renouvellement de son ordonnance. Joseph, lui, se rend seul à ses rendez-vous, n'en informe pas les professionnels et ne se rend à l'infirmerie que quand il a mal quelque part, contrairement à Patrick qui s'y rend quotidiennement.

Ce constat est indissociable du fait que les personnes en situation irrégulière accèdent plus difficilement aux places stables et que le suivi par les infirmières se fait en grande majorité pour les personnes présentes chaque jour au foyer du père Virgile. Ici, le fait que Joseph soit au départ uniquement « facilité » explique qu'il ne soit pas pris en charge à l'infirmerie pour ses soins. Néanmoins, durant les mois d'observations, Joseph accède à une place stable, au même titre que Patrick. Joseph ne bénéficiera pas pour autant de cet étayage sanitaire. Il a d'ailleurs conscience de ces traitements différenciés. Il me dit qu'il ne « *bénéficie pas des transports ici* », soit des accompagnements des travailleurs sociaux, qu'il voit partir chaque jour à des rendez-vous avec certains hébergés. Il me dit qu'il ne sait pas pourquoi il n'en bénéficie pas, mais qu'il ne souhaite pas savoir. Il m'indique qu'il ne veut pas réclamer et s'attirer des problèmes, et ajoute que ça lui fait du bien de se déplacer par lui-même. Joseph ne demande alors pas à être accompagné au même titre que d'autres hébergés. On peut se demander si ce renoncement à demander à être accompagné, par crainte de se montrer exigeant, n'est pas plus répandu parmi les sans-abri d'origine étrangère qui ont généralement obtenu leur place au prix d'une attente considérable. En ce sens, la peur de perdre certains acquis peut conduire à la crainte de demander un traitement égalitaire. Cela renvoie en cela à une forme d'illégitimité fondamentale de l'immigré privant alors la personne du « droit d'avoir des droits » (Sayad, 1999, p. 324).

En outre, différentes représentations des professionnels éloignent encore davantage ces hébergés de l'accompagnement sanitaire qu'ils proposent à d'autres. Les travailleurs sociaux estiment généralement que cette population n'a pas d'autre besoin que celui d'être hébergé : « *nous rappelons que les personnes sans titre de séjour sont la plupart du temps des gens dont*

le seul sérieux problème social est l'absence de titre de séjour »¹. Ainsi, les problèmes des sans-abri en situation irrégulière ne sont envisagés que comme un problème de droit, leur situation étant réduite à un souci administratif, sur lequel les travailleurs sociaux estiment avoir peu de prise. Cette lecture contribue à homogénéiser les sans-abri en situation irrégulière, qui expriment parfois en pratique des besoins allant au-delà de démarches administratives.

De surcroît, ces hébergés sont souvent présumés comme étant plus autonomes que les sans-abri français. Cette présomption d'autonomie se fonde sur l'idée qu'à travers leur mobilité géographique, ces immigrés ont connu un déclassement social important. Ces derniers auraient alors des difficultés sociales moins importantes que les sans-abri français, étant parfois dans le circuit de l'aide sociale depuis leur enfance. Puisque leurs origines sociales sont supposées différentes, les accompagnements – sanitaires notamment – diffèrent. En cela, la présomption d'autonomie des hébergés face à leur santé est répartie selon un critère racial. Plus encore, les sans-abri d'origine étrangère sont parfois présumés être plus entourés que les sans-abri français. Il est en effet souvent considéré que les hébergés immigrés disposent d'un réseau pouvant leur venir en aide. Cette présomption de solidarité contribue au moindre accompagnement de cette population, y compris au sujet de sa santé. Laure Pitti et Audrey Mariette ont par ailleurs analysé que les migrants avaient moins de prescriptions de médicaments, en raison des représentations de leurs pratiques culturelles². Ces différentes représentations favorisent au final l'éloignement de ces personnes des soins et des accompagnements aux soins auxquels elles pourraient prétendre.

Le travail d'Anne Gosselin souligne que les immigrés arrivent généralement en France en bonne santé, mais que celle-ci se détériore après quelques années sur le territoire³. Les conditions de vie qui leur sont réservées jouent un rôle notable dans cette dégradation de leur santé. Par le prisme des centres d'hébergement, on peut contribuer à cette réflexion par au moins deux éléments avancés dans cette sous-partie : les sans-abri en situation irrégulière sont placés dans des conditions d'hébergement plus précaires que les sans-abri français, et lorsqu'ils accèdent aux places stables, ces derniers ne bénéficient pas exactement des mêmes conditions d'accompagnement de leur santé au motif qu'ils seraient plus autonomes et entourés. Sur la

¹ Extrait d'un compte rendu d'un collectif militant créé par des professionnels du monde de l'assistance pour défendre la possibilité d'accès des personnes en situation irrégulière aux CHRS, 8 avril 2021.

² Laure Pitti, Audrey Mariette, 4 mai 2021, « Covid-19 en territoires urbains populaires : ce que la relégation fait à la santé des populations. Le cas de la Seine-Saint-Denis », conférences de l'Institut la Personne en médecine n°4 : « Immigré-es et Covid-19 : des inégalités sociales de santé renforcées ».

³ Anne Gosselin, 4 mai 2021, « Immigrés et Covid-19 en France : l'enquête EpiCov », conférences de l'Institut la Personne en médecine n°4 : « Immigré-es et Covid-19 : des inégalités sociales de santé renforcées ».

base d'une différence de statut administratif de résidence, tout un ensemble de traitements inégalitaires s'élaborent finalement entre les sans-abri français et étrangers. Comme le souligne Abdelmalek Sayad, échapper aux appartenances citoyennes revient à échapper à toutes les autres formes d'appartenances (Sayad, 1999). Ici, échapper aux appartenances citoyennes entérine une moindre légitimité à être accueilli et accompagné en centre d'hébergement.

3. *La présomption d'autonomie des femmes sans-abri*

Les sans-abri non régularisés ne sont pas les seuls à être confrontés à des traitements moins favorables. Localement, les femmes sans-abri sont également soumises à des prises en charge plus discriminantes que les hommes. Pourtant, différents travaux avancent qu'au sein des centres d'hébergement, les femmes, et notamment lorsqu'elles ont des enfants, sont priorisées dans leur accès à des places d'hébergement (Marpsat, 1999 ; Amistani, 2003 ; Thiery, 2008 ; Besozzi, 2020). Sur le terrain lillois, la présence d'enfants de moins de trois ans constitue une des « situations préoccupantes » établies par la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), conduisant les femmes qui les accompagnent à un accès priorisé à l'hébergement (Schlegel, 2017). La présence de femmes avec des enfants à la rue constitue ainsi un intolérable, que j'ai également retrouvé sur le terrain que j'ai investigué. Lorsqu'elles sont à un stade avancé de grossesse, accompagnées d'un nourrisson, ou lorsqu'elles sont victimes de violence conjugale, les femmes ont souvent un niveau de priorité élevé. Les femmes victimes de violence conjugale en particulier sont invariablement accueillies en NP1 : en raison du danger qu'elles encourent, elles sont hébergées chaque soir, sans discontinuité. Néanmoins, lorsqu'elles ne sont pas dans ces situations et qu'elles sont en NP3, leur durée d'attente se révèle bien plus longue que celle des hommes.

Mylène, une sans-abri de 26 ans sans enfants disposant d'un NP3 doit attendre plusieurs semaines avant d'être accueillie pour trois nuits au foyer d'hébergement pour femmes. Sa demande d'accès à une place pérenne en HU a été déposée il y a plusieurs mois, et elle est loin d'obtenir une place. Un éducateur me dit qu'elle « *ne rentrera jamais* », car il y aura toujours des femmes ayant un niveau de priorité plus élevé que le sien qui passeront devant elle¹. Ainsi, si certaines femmes sont effectivement « facilitées », il faut préciser qu'il ne s'agit pas de toutes

¹ L'accès à une place en HU est particulièrement complexe au sein d'Envol. L'accès à une place stable au sein de l'urgence sociale est en effet régulé par le principe d'une liste d'attente, celle-ci étant dédoublée (comme évoqué plus haut), et son ordre doublement déterminé par le niveau de priorité et l'ancienneté de la demande. Ces précisions soulignent le degré de complexité des fonctionnements institutionnels du monde de l'assistance, souvent difficilement lisibles pour les professionnels comme pour les sans-abri.

les femmes, certaines accusant des conditions d'attente encore plus dégradées que les hommes. Par ailleurs, il faut préciser que Mylène est française et blanche. Je n'ai pas rencontré la situation de femmes, en situation irrégulière, sans enfants et en NP3. Le fait même que je n'en rencontre pas témoigne vraisemblablement de la rareté de leur présence en centre d'hébergement.

Outre leur accès aux places d'hébergement, c'est également, à l'image des personnes non régularisées, l'accompagnement des femmes vis-à-vis des soins qui diffère. À mon arrivée au centre d'hébergement pour femmes, je m'attendais à ce que le registre du soin soit encore plus prégnant qu'au sein des centres d'hébergement pour hommes. Je supposais en effet que le processus de sanitisation serait manifeste auprès de la population féminine, dans la mesure où plusieurs travaux soulignent que les femmes sont souvent appréhendées au prisme de leurs vulnérabilités corporelles ou psychiques (Ehrenberg, 1998 ; Peretti-Watel, 2006 ; Vuattoux, 2019).

Ce fut toutefois l'inverse. Pendant mes premiers jours d'observations au centre d'hébergement pour femmes des Peupliers, je n'ai pas vu de boîtes de médicaments dans le bureau des travailleuses sociales, ni vu de professionnelles conduire des hébergées à des rendez-vous médicaux, et je n'ai pas croisé ni même entendu parler de l'infirmière. Alors qu'à la SRAS les rendez-vous médicaux se matérialisent dans un énorme agenda, et à Virgile sur un grand tableau blanc, au centre d'hébergement pour femmes, les problématiques de santé ne se donnent absolument pas à voir de manière aussi manifeste. Plus largement, les discours des professionnelles m'ont semblé moins centrés sur les enjeux tenant à la santé, et de manière frappante, aucune ne m'explique par exemple qu'il y a « *de plus en plus de personnes qui ont des problèmes de santé* » parmi les femmes, alors que ce discours est récurrent dans les centres d'hébergement pour hommes.

Ces premiers constats ont ensuite été davantage objectivés. Alors que l'infirmière des Peupliers s'occupe, théoriquement, autant de l'aile destinée aux femmes que de l'aile destinée aux hommes – dont les proportions en termes de places sont sensiblement similaires –, il s'avère que la très grande majorité de son activité se consacre aux hommes. En passant plusieurs journées avec elle, j'ai pu voir combien il était rare que des femmes se rendent à l'infirmerie. L'infirmière ne prépare d'ailleurs le pilulier que de trois ou quatre femmes, alors qu'elle en fait plus de vingt pour les hommes. Une enquête interne réalisée dans l'association pointe en outre

que sur 125 personnes suivies dans l'ensemble des infirmeries de l'association, ces suivis concernent 7% de femmes contre 93% d'hommes¹.

Afin de comprendre cette moindre sanitarisation de la prise en charge des femmes, j'ai posé la question directement aux professionnelles : « *les dames vont plus facilement consulter que les hommes* », « *elles sont plus autonomes* », « *elles vont plus facilement à leurs rendez-vous, et on a moins besoin d'aller avec elles, que les hommes tu leur donnes un papier ils savent pas quoi en faire* », « *les hommes attendent plus le dernier moment que les femmes, et puis avec les enfants aussi, elles sont mieux suivies* ». Ainsi, à l'instar des sans-abri d'origine étrangère, les femmes sont présumées plus autonomes et indépendantes que les hommes vis-à-vis de leur santé. Cette présomption d'autonomie des femmes justifie qu'elles auraient moins besoin d'être accompagnées que les hommes. Le fait que les professionnelles estiment qu'elles consultent plus facilement les professionnels de santé a un effet pernicieux : parce qu'elles seraient plus proches du milieu de la santé, elles sont finalement moins accompagnées. En présumant que les femmes ont plus de ressources vis-à-vis de la santé que les hommes, ces dernières se voient alors limitées dans les accompagnements dont elles peuvent bénéficier.

Pour autant, bien que les femmes soient présumées plus autonomes, elles ne semblent pas moins malades que les hommes. Les données du collectif Collectif Les Morts de la rue soulignent que le décès des femmes sans-abri est plus précoce encore que celui des hommes : 45,6 ans contre 49,7 pour les hommes² entre 2013 et 2018. À rebours de l'idée répandue du caractère protecteur du genre féminin vis-à-vis de la santé, les femmes sans-abri sont finalement plus exposées à la maladie et à la mort. Au-delà du sans-abrisme, une logique proche est étudiée par Muriel Darmon dans son étude portant sur les récupérations post-AVC (Darmon, 2021). Si les femmes sont effectivement socialisées aux soins, davantage que les hommes, cette socialisation concerne avant tout le soin à autrui, et non le soin qu'elles se portent à elles-mêmes. Aussi, à âge et à gravité équivalente de l'AVC, les femmes récupèrent moins bien que les hommes des AVC et se révèlent ainsi perdantes vis-à-vis des problèmes médicaux qui les concernent (Darmon, 2021).

La situation de Sabrina permet de saisir plus finement cette appréhension différenciée de la santé des femmes. Sabrina est âgée de 30 ans, elle a deux petits garçons et est hébergée

¹ Chiffres issus d'une enquête statistique menée en interne par le pôle santé.

² Collectif Les Morts de la Rue, Octobre 2019, « Mortalité des personnes sans-domicile 2018. Dénombrer et décrire, résumé de l'enquête », En ligne : http://mortsdelarue.org/IMG/pdf/RAPPORT_A5_2018_WEB.pdf. Consulté le 20 janvier 2023.

avec eux au centre d'hébergement. Je la rencontre en fin d'après-midi. Elle semble pressée, mais nous discutons quelques instants. Après m'être présentée, elle me dit qu'elle aura beaucoup de choses à me dire sur la santé. Elle ne m'en dit pas plus et part chercher son fils à l'école. Sabrina est accueillie au centre d'hébergement depuis quatre mois. Elle est en mise à l'abri en NP1, car elle est victime de violences conjugales. Elle est donc accueillie de manière pérenne dans l'établissement, tout en demeurant dans le circuit de l'urgence. Elle est en attente d'une place d'hébergement dans un CHRS, où elle aurait une place stable au long cours. Sabrina est d'origine algérienne et dispose d'un titre de séjour. Elle est toutefois démunie sur le plan financier, car c'est son ex-compagnon qui perçoit les revenus de la CAF. À de nombreuses reprises, j'ai pu échanger avec elle. Dans nos conversations informelles, elle m'a exprimé de nombreuses fois être épuisée. « *Avant je ne pleurais jamais, maintenant je pleure tout le temps* », me dit-elle. Sabrina me dit ainsi être à bout de forces et faire des efforts importants, ne serait-ce que pour se lever le matin. Elle m'explique qu'elle se sent dépassée par cette situation qui dure et qui lui semble sans fin. Elle me dit qu'elle ne pense plus à elle, mais simplement à tenir, et à attendre de pouvoir avoir une situation plus stable.

Si Sabrina semble être dans une certaine détresse, elle ne bénéficie d'aucune prise en charge par rapport à sa santé, y compris psychologique. Elle ne connaît pas l'infirmière du centre d'hébergement, et n'est donc pas accompagnée par ses soins. De surcroît, tout au long de mes observations, je n'ai jamais entendu les travailleuses sociales parler de Sabrina dans le registre de la souffrance ou de la dimension psychologique. Alors que de nombreuses situations sont présentées à des psychologues qui se rendent dans le centre d'hébergement, la situation de Sabrina n'a jamais été abordée. Il faut d'ailleurs remarquer que ce sont fréquemment les situations de femmes françaises et sans enfants qui sont abordées lors de ces réunions avec ces professionnels de la santé mentale. Il en va de même concernant les suivis que réalise l'infirmière du foyer : ceux-ci concernent presque exclusivement des femmes sans enfants blanches. Si de manière générale les femmes semblent moins accompagnées sur le plan de leur santé comparé aux hommes, au sein même du groupe des femmes des divisions internes existent. En l'occurrence, le fait d'être une femme avec des enfants et d'être racisée se conjugue, en éloignant encore plus ces femmes des accompagnements sanitaires. La situation de Sabrina semble d'ailleurs souligner que la question du statut administratif euphémise bien des rapports sociaux de race, dans la mesure où elle est en situation régulière, mais malgré tout moins accompagnée.

Aussi, au sein du terrain investigué, la sanitisation est avant tout un processus qui se conjugue au masculin. Ce résultat s'oppose à celui établi par Arthur Vuattoux au sujet de la justice des mineurs puisqu'il analyse que les jeunes filles sont davantage appréhendées sous un prisme sanitaire que les garçons (Vuattoux, 2019). Une différence majeure tient au fait qu'il s'agisse essentiellement dans ma recherche de femmes ayant des enfants, contrairement aux jeunes femmes étudiées par Arthur Vuattoux (2019). Au sein des centres d'hébergement, alors que la santé constitue une prise importante au travail d'accompagnement des hommes, la parentalité constitue pour les femmes un enjeu important du travail d'insertion mobilisable. « *Le soutien parental fait partie intégrante de l'accompagnement social* », indique le projet de service de l'établissement. La « parentalité », qui s'est institutionnalisée comme une catégorie d'action publique au milieu des années 1990 (Chauvière, 2008) constitue donc un enjeu central, voire prioritaire, de l'accompagnement mené auprès des femmes :

Nous sommes en réunion d'équipe au centre d'hébergement pour femmes. Le responsable des AAVA [ateliers d'adaptation à la vie active] est venu à la réunion demander si certaines femmes hébergées sont disponibles pour travailler car il manque du monde en cuisine. Après plusieurs réflexions, les professionnelles évoquent une femme qui souhaite effectivement travailler en cuisine. Elle a récemment eu un bébé. Elle n'a pas terminé son congé maternité, mais dispose d'un certificat médical indiquant qu'elle peut reprendre le travail. Les professionnelles hésitent sur cette candidature. « *Déjà on va attendre la fin officielle du congé maternité* », statue une éducatrice. Les professionnels disent ensuite qu'il faudra voir l'impact de ce travail sur l'enfant. Si c'est trop compliqué avec son bébé, elle arrêtera le travail, on ne négociera pas cela, « *elle ne fait pas ce qu'elle veut en centre d'hébergement* » dit une éducatrice. « *Le travail avec l'enfant est trop important, on ne peut pas négliger cela* », conclut son éducatrice référente.

Extrait des notes d'observation, jeudi 4 avril 2019

Dans cette situation, les professionnelles avancent que la priorité de l'accompagnement de cette femme concerne sa maternité, et non le travail. Cela ne signifie pas que les professionnelles renoncent à toute forme d'insertion avec les mères, mais plutôt que la parentalité constitue en propre un « moteur de l'insertion » (Thiery, 2008, p. 15). À l'instar de la détention, le temps de l'hébergement instaure un moment où il s'agit de « leur apprendre leur métier de mère » (Hyst, Cabanel, 2000, p. 33). Bien que la fonction du centre d'hébergement soit officiellement cantonnée à un rôle d'hébergement et d'accompagnement social, il s'avère donc en pratique que l'éducation des mères à leur rôle constitue une mission officieuse de l'établissement :

Lorsque j'arrive au centre d'hébergement, j'apprends qu'il va y avoir une réunion avec les hébergées pour remettre au clair certaines choses. On m'explique que ce week-end c'était : « *n'importe quoi avec les enfants* ». « *Il faut les responsabiliser* », me dit Laurent [ES]. Une quinzaine d'hébergées se rassemblent dans la salle du réfectoire. Le chef de service arrive. Christine [éducatrice de jeunes enfants (EJE)] prend la parole, et dit qu'il a été constaté que c'était compliqué le week-end, que les enfants couraient partout et que c'était dangereux. Elle donne l'exemple des escaliers de secours dans lesquels jouent les enfants. Elle dit que les accidents arrivent très rapidement, et qu'il faut donc qu'elles soient plus vigilantes. Le chef de service reprend ensuite la parole et dit : « *on a des responsabilités en tant que mère* », il insiste sur le fait qu'il faut qu'elles surveillent leurs enfants, qu'elles veillent à ce qu'ils ne dégradent pas le foyer, et ne gênent pas les autres. Il finit par dire qu'il a bien conscience que les chambres sont petites et qu'il peut être difficile de canaliser les enfants dans ce contexte. Mais il faut qu'elles trouvent d'autres solutions, qu'elles fassent des sorties à l'extérieur, et non pas qu'elles laissent les enfants jouer dans les couloirs.

Extrait des notes d'observation, mardi 21 mai 2019

Ce temps institutionnel vise précisément à réguler les pratiques des mères, l'enjeu de la responsabilisation de ces dernières étant d'ailleurs répété. Du point de vue des femmes, élever ses enfants en centre d'hébergement est toutefois une véritable difficulté. Sabrina m'a ainsi expliqué que ses enfants étaient devenus « *durs* » et « *ingérables* » depuis qu'ils sont accueillis ici. « *Élever les enfants ici au foyer, ce n'est pas pareil* », me dit-elle. En effet, la dimension collective de l'habiter impacte les familles, d'abord parce que les enfants sont en permanence avec d'autres enfants et adultes, et ensuite parce que la présence de professionnels éducatifs, et leur vigilance concernant l'éducation des enfants favorisent un sentiment de contrôle (Thiery, 2008). À la précarité de l'hébergement et de leur situation, s'ajoute ainsi la surveillance quant à l'éducation qu'elles donnent à leurs enfants. Sabrina me dit ainsi avoir changé ses méthodes éducatives depuis qu'elle est au foyer, ne se sentant pas autorisée à sanctionner ses enfants, de peur d'être considérée comme une mauvaise mère. Si les cas de signalement s'avèrent exceptionnels dans cet établissement, la crainte du placement des enfants agit néanmoins au quotidien comme une crainte prégnante.

La parentalité constitue ainsi la focale principale de l'accompagnement des mères. Si le soin aux enfants – et notamment leur bon suivi des rendez-vous vaccinaux et médicaux – fait l'objet d'une surveillance professionnelle, le soin que les femmes s'apportent à elles-mêmes ne fait que très peu l'objet d'un travail d'accompagnement. Du fait de cette priorité accordée à la parentalité, elles échappent à une prise en charge de leur santé bien qu'elles évoquent très souvent des souffrances et difficultés, redoublées par ce sentiment de contrôle. La parentalité

constitue ainsi un horizon surplombant du travail d'accompagnement des mères, contribuant à les éloigner des soins dont elles peuvent pourtant avoir besoin.

Les hébergées ne sont toutefois pas démunies face à ces différences de traitement. L'entraide, largement repérée parmi les femmes, semble en partie pallier ces moindres accompagnements sanitaires (Peretti-Watel, 2006). Elles prennent ainsi régulièrement des nouvelles des personnes hospitalisées, ou encore s'inquiètent des états de santé des autres hébergées (Peretti-Watel, 2006). Ce sont ainsi de véritables pratiques de *care* qui sont repérables parmi les hébergés, en particulier parmi les femmes (Tronto, 2009 [1993] ; Uribe Larrea, 2021).

Après le repas, Mireille, une hébergée, vient nous voir dans le bureau, elle nous dit qu'Imany, également hébergée, n'est pas sortie ce matin alors qu'elle avait un rendez-vous. Christine [EJE] lui demande : "*donc vous êtes inquiète pour elle ?*" Mireille ne répond pas. Christine part rapidement avec Laurent [ES]. Ils reviennent tous les deux et disent être soulagés : elle était simplement à la douche.

Extrait des notes d'observation, mardi 28 mai 2019

De nombreuses situations allant en ce sens ont été constatées, et témoignent d'une forte vigilance des hébergées entre elles. En outre, ces pratiques de *care* vont même jusqu'à concerner proprement la santé, comme Annick qui m'explique qu'elle a obtenu le contact de son médecin grâce à une hébergée :

« C'est moi qui ai vu avec les filles du foyer, je leur ai demandé ce qu'elles avaient comme médecin, comment il se comportait, etc., et c'est avec une des femmes d'ici que j'y suis allée. Et bon, son médecin m'a convenu.

Chloé : Vous n'y êtes jamais allée avec une animatrice chez le médecin ?

Non non avec une des filles du foyer, j'y suis allée avec elle. Bon maintenant si j'ai envie d'aller chez le médecin j'ai besoin de personne, à mon âge c'est bon. Je vais même reprendre rendez-vous là cette semaine ».

Annick, 53 ans, hébergée au centre d'hébergement pour femmes

Du fait du moindre accompagnement des femmes vis-à-vis de leur santé, il s'avère que ces dernières trouvent des ressources collectives pour pallier ce déficit. Au-delà de conseiller le nom d'un praticien, il s'agit de tout un ensemble d'entraides qui sont mises en place, allant du dépannage de médicaments à la garde d'enfants, en passant par une forme de veille réciproque que les femmes assurent entre elles. C'est ainsi un certain pouvoir des actrices faibles que l'on repère ici, en particulier par rapport à la santé (Payet, Giuliani, Laforgue, 2008).

Ces dispositions à s'organiser sont à la fois marquées par une socialisation féminine du soin à autrui, ainsi que par la nécessité de trouver des ressources, face aux moindres accompagnements de leur santé.

Conclusion

Le travail social ne traite pas ses usagers de manière homogène. Cette singularisation de l'accompagnement se traduit par l'application de traitements différenciés entre les sans-abri accueillis en centres d'hébergement. Malgré la norme partagée et souvent rappelée de l'inconditionnalité, cette « universalité de l'assistance » présente des limites : « les hébergements sociaux sont un monde différencié et hiérarchisé » rappelle Édouard Gardella (2023, p. 24, p. 36). Ce chapitre s'est précisément intéressé à cette réalité en explorant comment les affections sanitaires des sans-abri jouent un rôle vis-à-vis de ces différences de traitement. Historiquement, les sans-abri atteints de vulnérabilités sanitaires se rapprochent de la figure des bons pauvres, leurs altérations corporelles étant des certificats efficaces de leur inemployabilité (Castel, 1995 ; Brodriez-Dolino 2013a, 2013b ; Katz, 2015 ; Bodin, 2018). Dans un contexte de sanitarisaiton du sans-abrisme, ce chapitre a contribué à documenter ce que produit aujourd'hui le fait de présenter une vulnérabilité sanitaire au sein du monde de l'assistance.

Dans un premier temps, j'ai décliné cette interrogation au sujet de l'accès aux places d'hébergement. Officiellement, les critères médicaux ne sont pas opérants dans la régulation de l'accès à celles-ci. Le SIAO, mandaté pour réaliser ce travail de régulation, ne dispose pas de soignants et refuse donc de hiérarchiser la gravité des pathologies. Toutefois, comme l'a montré Vianney Schlegel, le SIAO dispose d'une faible autorité, et les centres d'hébergement conservent en réalité des marges de manœuvre notables dans les accueils qu'ils réalisent (Schlegel, 2019). Aussi, en étudiant cette question à travers les centres d'hébergement d'urgence, j'ai montré que les travailleurs sociaux de ces établissements usent d'un pouvoir discrétionnaire pour accueillir les hébergés qui leur semblent les plus vulnérables, en l'occurrence les sans-abri qui présentent des affections sanitaires. C'est un point important qui corrobore un résultat également souligné par Vianney Schlegel : les travailleurs sociaux considèrent que l'état de santé des sans-abri doit être pris en compte dans la régulation de l'accès aux places d'hébergement (Schlegel, 2019). Cette possibilité pour les travailleurs sociaux d'accueillir ces personnes qui leur paraissent les plus vulnérables leur permet d'humaniser leur travail, dans un contexte marqué par la saturation des dispositifs. Du point de vue des hébergés, ces traitements discrétionnaires peuvent toutefois être source

d'incompréhensions, voire de violences, dans la mesure où ils sont en partie fondés sur des ressorts arbitraires. Plus encore, si le fait de présenter une vulnérabilité sanitaire peut constituer un accélérateur dans l'accès à une place d'hébergement d'urgence, il s'avère que les sans-abri qui ont des dépendances physiques (handicaps moteurs, appareillages médicaux...) peuvent ensuite être freinés dans leur possibilité d'accéder à un hébergement pérenne et être ainsi cantonnés à l'hébergement d'urgence. Par une volonté de se « *préserver* » des situations médicales lourdes, les CHRS et pensions de famille montrent une grande prudence dans l'accueil des personnes présentant ces affections sanitaires. À rebours de l'idée que l'atteinte d'une vulnérabilité sanitaire constitue un passeport universel dans l'accès à l'assistance, il s'avère au contraire que les sans-abri présentant ces affections physiques sont confrontés à des discriminations directes et indirectes au sein du monde de l'assistance. Les femmes éprouvent de surcroît les effets inégalitaires décuplés du handicap et du genre dans leur possibilité d'accéder à des places d'hébergement adaptées à leur situation (Baudot, 2023).

Dans la deuxième partie, je dépasse la question de l'*accès* à l'hébergement pour poursuivre ce questionnement sur les *conditions* de soin auxquelles sont confrontés les hébergés malades. Je montre d'abord que lorsque les hébergés nécessitent des appareillages médicaux, les possibilités de ces accueillis de disposer des soins qui leur sont nécessaires peuvent être compromises. Du fait des failles persistantes entre les institutions sociales et médicales, Didier ne peut ainsi disposer de la sonde gastrique dont il a besoin, car ce motif n'est pas suffisant pour qu'il soit hospitalisé et le CHRS refuse de l'accueillir avec cet appareillage médical. La situation de Patrick permet ensuite de poursuivre l'analyse de ces effets inégalitaires de la double atteinte d'une vulnérabilité sociale et sanitaire : malgré son souhait d'être soigné, il est pris dans une boucle entre le social et le médical qui l'éloigne d'un accompagnement à la mesure de ses besoins. Cette mise en circulation de Patrick entre les différents services médicaux et sociaux (Petiau, 2019) est éclairante de la façon dont des fonctionnements institutionnels contribuent à la production d'inégalités sociales de santé. Cette persistance des frontières entre le social et le sanitaire se retrouve également à travers le vieillissement des sans-abri. Le problème que soulève leur situation est considéré comme ne relevant ni pleinement des structures sociales, ni pleinement des établissements du grand âge. La prégnance de ces failles institutionnelles produit à nouveau des effets sur la santé des sans-abri, dans la mesure où lorsque ces derniers restent hébergés au sein des centres d'hébergement, ils peuvent se voir restreints dans leur possibilité de bénéficier de soins palliatifs. Ces résultats abondent alors dans le sens d'un lien entre la possibilité qui est faite d'habiter un lieu et le droit à disposer de soins

(Gardella, 2016b ; UribeArrea, 2020). Après avoir souligné comment la situation sociale d'hébergement pouvait produire des limitations dans les possibilités de bénéficier de certains soins, je montre enfin qu'à l'inverse, le fait d'être accueilli en centre d'hébergement peut aussi produire des situations de « surmédicalisation ». Par le contexte d'hébergement, les accueillis peuvent notamment être confrontés au fait de prendre davantage de traitements que la population générale. À nouveau, l'hébergement constitue un moment propice à l'étiquetage pathologique dans la carrière de survie des sans-abri (Pichon, 1995). Par des processus de sous-soin ou de sur-soin, cette partie souligne donc comment la situation sociale d'hébergement des sans-abri a des effets directs sur leur santé.

Dans la troisième partie, je développe enfin comment le traitement de cette double atteinte sociale et sanitaire est pris dans des rapports sociaux inégalitaires. L'approche intersectionnelle permet en effet de repérer que tous les hébergés ne font pas l'objet des mêmes prises en charge. Je montre alors comment la figure de l'hébergé idéal se rapproche de celle d'un homme blanc, français, et relativement âgé. « *Les pères qui ont passé 20 ans à la rue* », résume ainsi une éducatrice spécialisée. Sacralisé comme étant le public historique des centres d'hébergement, cette figure idéale de l'hébergé – dont je déconstruis le caractère véritablement originel – se construit comme étant le public le plus légitime à être hébergé et accompagné. Sans essentialiser cette figure, elle se révèle structurante dans la manière dont les professionnels opèrent des différenciations entre les hébergés qu'ils accueillent. Les sans-abri en situation irrégulière, les femmes et les jeunes constituent des contre-figures de cet hébergé idéal, leur accompagnement étant considéré comme s'éloignant du « vrai travail » à réaliser en centres d'hébergement. Cette manière d'appréhender les différents publics au sein du monde de l'assistance n'est pas partagée par toutes et tous : certains professionnels se spécialisent au contraire informellement sur l'accompagnement des jeunes par exemple. Il reste toutefois que cette construction collective de la figure de l'hébergé « idéal » a des effets directs sur les traitements des autres publics. Je montre ainsi comment les sans-abri en situation irrégulière font l'objet d'un double traitement inégalitaire : ils sont à la fois placés sur une liste d'attente secondaire, qui ralentit nettement leur accès à une place d'hébergement d'urgence pérenne, et ils ont par ailleurs tendance à être uniquement appréhendés à travers un problème de droit, qui invisibilise les autres problématiques qu'ils peuvent rencontrer. Présupposés comme étant plus entourés et plus autonomes, ils ont tendance à faire l'objet d'un moindre accompagnement, notamment vis-à-vis de leur santé. Les femmes font également l'objet d'un plus faible accompagnement sanitaire, dans la mesure où elles sont présumées plus autonomes et plus

proches du milieu du soin que les hommes. En outre, lorsqu'elles ont des enfants, la question de la parentalité a tendance à supplanter l'accompagnement social, au détriment de la prise en charge de leur santé. En écho au questionnement transversal porté dans cette section sur l'incorporation du social, cette dernière partie rappelle que bien loin d'être dues au simple hasard de la dispersion des maladies dans l'espace social, les inégalités sociales de santé sont produites par des traitements différenciés des individus selon leur classe sociale, leur genre, leur âge ou encore leur ethnicité.

Conclusion de la section

Cette dernière section de la thèse s'est consacrée à l'ethnographie de la prise en charge de la santé des sans-abri en centres d'hébergement. J'ai d'abord étudié comment se construit l'identification du besoin de soin des accueillis à travers le cas particulier de la détermination des « cas psy », puis les normes de soin auxquelles sont socialisés les hébergés au sein de ces institutions, et enfin, les effets différenciés – et parfois inégalitaires – du fait d'éprouver une vulnérabilité sanitaire au sein du monde de l'assistance. Cette analyse du traitement institutionnel de la santé visait à étudier, sous différents angles, la façon dont le social s'incorpore. En effet, loin d'être dû aux seules lois du biologique, le fait que les sans-abri présentent des états de santé si dégradés est en grande partie lié au fait que ces derniers sont surexposés à des inégalités sociales qui en viennent à s'exprimer jusque dans leurs corps. Les thèses récentes portant sur le sans-abrisme et la santé abordent les décès tragiques de sans-abri rencontrés lors des enquêtes sociologiques : il s'agit de Daniel dans la recherche de Gabriel Uribelarrea, de Jacky dans celle de Vianney Schlegel, de Patrick dans la mienne (Schlegel, 2019 ; Uribelarrea, 2020). Notre confrontation à ces décès n'est pas un effet d'enquête, mais le reflet de la surexposition des plus pauvres aux inégalités sociales de santé. Bernard Lahire le rappelle alors : « quand elle fait correctement son travail, la sociologie met donc inévitablement au jour la réalité des dissymétries, des inégalités, des rapports de domination et d'exploitation, et les processus par lesquels ils parviennent à se reproduire ou à se transformer pour mieux se perpétuer. La question des inégalités n'est pas une question parmi d'autres que pourraient décider de traiter ou d'ignorer les sociologues » (Lahire, 2021, p. 37). Alors, même si les mécanismes de reproduction des inégalités sont difficiles à étudier, d'autant plus dans des régions où elles se font si naturelles que les inégalités de santé, les approches qualitatives se révèlent incontournables pour expliquer et comprendre les processus complexes de leur fabrication (Loretti, 2021).

L'enquête réalisée permet notamment de rappeler que les conditions de vie en centres d'hébergement peuvent contribuer à la production des inégalités sociales de santé. Vivre dans un habitat à soi, qui plus est spacieux, n'est pas qu'une question ostentatoire ; c'est aussi une question de santé (Lahire, 2021). À court comme à long terme, vivre dans ces habitats précaires a des conséquences, tant sur la santé somatique que psychique des accueillis. Le peu d'espace à soi est notamment propice à la crainte de la contamination d'autrui, réelle ou symbolique. À l'écoute des hébergés, c'est aussi leur appétit et leur sommeil qui sont souvent impactés, tout comme leurs possibilités de maintenir une hygiène et plus largement, une certaine estime de soi

dans ces établissements. Ne pas disposer pleinement de la possibilité d'habiter un lieu, c'est aussi voir concrètement certains aspects de sa santé négligés. Il en est ainsi des hébergés qui nécessitent des régimes alimentaires spéciaux et qui ne peuvent les suivre en raison de ce contexte de vie institutionnel, des personnes en fin de vie qui ne peuvent bénéficier de soins palliatifs, ou encore des accueillis qui ne peuvent disposer des appareillages médicaux qui leur sont nécessaires. Dès lors que les possibilités d'habiter et d'investir les lieux qui leur sont dédiés ne sont pas inconditionnelles (Gardella, 2016b), les sans-abri peuvent éprouver par ces conditions d'hébergement des effets inégalitaires sur leur santé.

Plus encore, selon des logiques différentes, les trois chapitres analysent que le temps de l'hébergement constitue un moment propice à l'étiquetage pathologique pour les sans-abri, soulignant ainsi certaines des façons par lesquelles le social s'incorpore. Le temps du diagnostic d'abord : s'agissant d'univers institutionnels normatifs, les professionnels des centres d'hébergement travaillent quotidiennement à y réguler les déviances. Une manière de les appréhender consiste à les étiqueter dans le registre pathologique. Aussi, en étant accueillis en centres d'hébergement, les sans-abri sont exposés au risque de voir leur situation traduite dans le registre de la santé mentale, et à la crainte du stigmatisme qui l'accompagne (Joubert, 2003 ; Bresson, 2008). Le temps de l'accompagnement ensuite : face à l'écart que les professionnels identifient entre les standards de l'insertion que sont l'emploi et le logement et les capacités qu'ils présument de certains hébergés, ils investissent le registre de la santé comme un dernier registre d'action de l'accompagnement. Aussi, le passage en centre d'hébergement est souvent sujet à l'instauration ou au renforcement de suivis médicaux, pouvant s'accompagner d'une prise de traitements accrue. Les hébergés, dans la manière dont ils mettent en accusation la maladie (Fainzang, 1994), envisagent d'ailleurs souvent les centres d'hébergement comme des espaces qui « *rendent malades* ». Enfin, l'étude des mécanismes de différenciation établis sur le critère de la vulnérabilité sanitaire permet de repérer que l'accompagnement de la santé des hébergés redouble parfois les inégalités sociales de santé auxquelles ces personnes sont confrontées. En outre, les situations de Patrick et de Didier montrent que le processus de sanitarisation ne semble que partiellement réduire les cloisonnements entre le social et le médical. Parfois trop malades pour être hébergés et trop peu pour être hospitalisés, les sans-abri peuvent être confrontés à des situations d'interstice institutionnel produisant des inégalités sociales de santé directes.

Alors, bien que le décroisement du social et du sanitaire soit pensé par les pouvoirs publics comme un moyen permettant de réduire les inégalités sociales de santé, ses effets réels

en termes de correction et de réduction des inégalités questionnent (Bresson, 2008 ; Vezinat, 2021). Maryse Bresson souligne ainsi l'ambiguïté des effets de cette « alliance du sanitaire et du social » quant à la réduction des inégalités sociales de santé, dans la mesure où le lien établi entre le sans-abrisme et leur atteinte de troubles mentaux participe aussi à redoubler la stigmatisation éprouvée par cette population (Bresson, 2008, p. 257). Nadège Vezinat se pose également cette question au sujet des maisons et centres de santé : « dans quelle mesure les solutions au problème des inégalités sociales de santé ne participent-elles pas à le maintenir ? » (Vezinat, 2021, p. 293). Elle invite alors à envisager différentes réponses à cette question, selon que l'on se place dans une perspective de correction en amont ou de réparation en aval des inégalités sociales de santé. À cet éclairage, il apparaît ainsi que les « dispositifs *ad hoc* » à la croisée du social et du sanitaire (Vezinat, 2021, p. 294), comme les LHSS, les LAM ou même la SRAS, agissent effectivement dans une perspective réparatrice des inégalités sociales de santé en aval. Leur réelle portée correctrice des inégalités sociales de santé est toutefois moins évidente (Vezinat, 2021).

Cette réflexion sur les inégalités pourrait aisément se faire héritière de la pensée critique du travail social des années 1960 et 1970. Comme l'indique Didier Fassin, « la tentation serait grande [...] d'affirmer que l'écoute de la souffrance institue un nouvel art de gouverner les pauvres et les déviants » (Fassin, 2004a, p. 55). L'enquête qualitative nuance toutefois cette perspective. Si des mécanismes de (re)production des inégalités sont bien soulignés ici, il me semble pour autant que le processus de sanitarisation ne peut se réduire à un renouvellement du contrôle social envers les sans-abri. Le développement de l'accès à des soins de santé, comme les soins dentaires, kinésithérapiques ou encore ophtalmologiques desquels les sans-abri étaient plus encore éloignés il y a quelques années doit être envisagé dans sa perspective correctrice des inégalités sociales de santé. Plus encore, leurs accès à des traitements ou à des suivis psychologiques et psychiatriques ne peuvent pas être uniquement appréhendés comme un renouvellement de la domination envers les pauvres. En effet, les sans-abri ne vivent pas tous l'étiquetage pathologique comme une condamnation morale stigmatisante. La situation de Patrick le rappelle, les soins psychiatriques peuvent aussi être souhaités et appréciés par les sans-abri. Aussi, cette ethnographie du traitement institutionnel de la santé permet de souligner l'investissement de ces actrices et acteurs du travail social pour une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé auxquelles sont confrontés les sans-abri. Le concept de santé sociale, avancé par Nicolas Duvoux et Nadège Vezinat, invite à tenir compte de ces initiatives, à la marge du système de santé, qui visent à mieux appréhender l'interdépendance des

problématiques sociales et sanitaires (Duvoux, Vezinat, 2022). Si ce sont majoritairement des actions engageant des soignants qui ont été analysées jusqu'alors, la recherche que j'ai menée montre que les travailleurs sociaux s'emparent aussi de ce problème, en pensant ensemble les atteintes sanitaires et sociales des personnes dont ils s'occupent. Certes, les actions qu'ils mettent en œuvre comportent une part d'« ambivalence » quant aux effets inégalitaires qu'elles peuvent paradoxalement produire ou reproduire (Duvoux, Vezinat, 2022, p. 22). Sans idéaliser ces initiatives de santé sociale, il s'agit néanmoins de rendre compte de leur existence, et de la façon dont elles peuvent aussi contribuer à perturber la reproduction d'un ordre social inégalitaire et œuvrer en cela à une « correction collective des asymétries » (Duvoux, Vezinat, 2022, p. 23).

En ce sens, s'en tenir à une analyse critique de la sanitarisation comme instrument de contrôle social ne tient pas assez compte de la propre implication des travailleurs sociaux aux réflexions sur la fabrique de ces inégalités. Loin de contribuer aveuglément à un processus de domination sociale, les professionnels rencontrés se sont en effet révélés n'être « ni indifférents ni naïfs¹ » vis-à-vis des traitements qu'ils appliquent. Aussi, ils questionnent eux-mêmes fortement l'instauration d'une médecine de seconde zone par l'instauration des LAM, notamment. Plus encore, ce sont souvent les travailleurs sociaux qui m'ont montré et expliqué les conditions discriminantes qu'ils sont contraints d'imposer dans les établissements, souvent en décalage avec leurs valeurs propres. C'est particulièrement probant concernant les discriminations raciales que ces derniers dénoncent à travers leur désapprobation massive vis-à-vis de l'instauration de la seconde liste d'attente dans les centres d'hébergement d'urgence pour les sans-abri non régularisés. Les professionnels sont ainsi bien loin de vouloir dominer les pauvres et se mobilisent même par moments pour résister à ce qu'ils estiment être des traitements discriminants. Suite à l'enquête, des professionnels du monde de l'assistance se sont en effet formés en collectif militant interassociatif pour dénoncer le fait que les tutelles locales imposent l'inaccessibilité aux CHRS des personnes en situation irrégulière, les cantonnant alors à l'urgence sociale². Bien qu'ils considèrent souvent que l'accueil des personnes en situation irrégulière les éloigne du cœur de leur travail, les travailleurs sociaux rencontrés sont

¹ Entretien avec Muriel Darmon, 2022, « Une sociologue en neurologie. Repenser les inégalités de classe et de genre dans la rééducation AVC ». En ligne : <https://soundcloud.com/user-897145586/une-sociologue-en-neurologie-repenser-les-inegalites-de-classe-et-de-genre-dans-la-reeducation-avc>. Consulté le 22 janvier 2023.

² Au niveau national, les pouvoirs publics semblent également tendre à limiter l'accès aux dispositifs d'hébergement pérenne des personnes non régularisées (Gardella, 2023).

particulièrement opposés à cette évolution. Lors des actions de mobilisation que j'ai suivies, l'argument de la santé a été mis en avant comme une ressource mobilisable :

« Nous savons que pour une grande partie d'entre elles [les personnes sans titre de séjour], ne peut, ni ne veut repartir. Sans régularisation, ces personnes n'auront que la rue ou des solutions très précaires, se retrouveront dans des conditions de vie dégradées, sans soin, sans moyen de subsistance. En étant privées du soutien et de l'assistance du CHRS ou d'un hébergement d'urgence pérenne, elles seront particulièrement exposées aux problèmes de santé liés à la précarité. Les collègues travaillant au pôle santé, proportionnellement nombreux, précisent les risques importants en termes de conséquences sur la santé de ce plan ».

Compte-rendu d'un collectif militant, le 8 avril 2021

La santé constitue ainsi un argument politique, visant à humaniser le traitement de ces personnes en situation irrégulière, en défendant par ce levier une plus grande justice sociale. De ce point de vue, il apparaît que la sanitarisation ne s'épuise pas à travers un processus de dépolitisation du social, dans la mesure où le recours au registre de la santé par les professionnels constitue *aussi* un argument politique visant la réduction des asymétries¹.

Outre les discriminations raciales, les travailleurs sociaux rencontrés se sont également avérés alertes quant aux rapports sociaux d'âge². Dès les années 1990, les professionnels formulent la problématique de vieillissement des sans-abri qui augure la création de la SRAS. Cette préoccupation sur l'avancée en âge des sans-abri s'est poursuivie dans le temps, et a donné lieu à différentes actions concrètes, comme la journée de rencontre des EHPAD et des RPA, visant à déstigmatiser le sans-abrisme. Ces travailleurs sociaux ont ainsi questionné la production des inégalités liées à l'âge des sans-abri alors même que cette question a tardé à être prise en compte sociologiquement (Besozzi, Marchal, 2021).

Par leur travail, les professionnels du monde de l'assistance sont quotidiennement confrontés aux inégalités, ce qui les conduit, eux aussi, à questionner les mécanismes de leur production. Sans préjuger préalablement de leur contribution à des processus producteurs d'inégalités, il s'agit de considérer que ces acteurs se posent également des questions tenant aux inégalités, et donc d'envisager leur contribution à la reproduction d'un ordre social établi

¹ À la poursuite de cette idée, il me semble qu'il pourrait être intéressant de prolonger l'étude du recours au registre de la santé comme support de politisation, à rebours de l'idée que le langage sanitaire viendrait avant tout dépolitiser le social.

² En revanche, les travailleurs sociaux rencontrés se sont montrés moins alertes sur les rapports sociaux de sexe, ce résultat souscrivant au fait que le genre reste relativement impensé dans le travail social (Bessin, 2005, 2008, 2009 ; Gaspar, 2012).

avec incertitude (Barthe et al., 2013). En ce sens, les questions relatives aux inégalités ne sont pas réservées qu'aux sociologues. Comme l'indique Céline Borelle : « le social n'appartient pas aux sociologues dans la mesure où les acteurs se posent des questions analogues à celles que les sociologues se posent, en y répondant par d'autres moyens, notamment par leurs pratiques situées » (Borelle, 2017a, p. 117). Reconnaître que les professionnels du social pensent et traitent au quotidien de la question des inégalités, et notamment des inégalités sociales de santé, invite donc à nuancer les frontières de l'expertise du social, et à renforcer ainsi le dialogue avec ces actrices et acteurs pour la production de savoirs pluriels sur le monde social.

Conclusion générale

La recherche que j'ai menée s'inscrit dans le prolongement de différents travaux portant une attention à l'enjeu de la santé dans la prise en charge du sans-abrisme (Parizot, 2003 ; Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019 ; Coulomb, 2018 ; Wolff, 2018 ; Uribelarrea, 2020). Relevant d'un traitement répressif jusqu'au XIX^e siècle, les sans-abri sont désormais avant tout vus comme des victimes qu'il convient de secourir et de protéger (Gardella, 2014a ; Brodiez-Dolino, Ravon, 2016). Les sans-abri sont considérés comme des personnes en souffrance, psychique notamment (Bresson, 2003), souvent en proie à des addictions et dont les conditions de vie contribuent à dégrader leur santé. Autrefois normalisés, les morts à la rue suscitent désormais l'émotion au sein de la société (Gardella, 2023). L'évolution dans cette manière d'appréhender le sans-abrisme souligne le déploiement d'un traitement compassionnel de la question sociale (Fassin, 2004a, 2006b).

La grande attention des chercheuses et chercheurs en sciences sociales quant aux questions relatives à la santé et au sans-abrisme témoigne de l'enjeu majeur qui se joue ces dernières années quant à la redéfinition sanitaire de ce problème social. Assez logiquement, c'est principalement le rôle des soignants qui a été étudié jusqu'alors : soit en tenant compte du point de vue des soignants exerçant dans des espaces dédiés aux soins pour les sans-abri (Parizot, 2003 ; Coulomb, 2016 ; Uribelarrea, 2020), soit en étudiant plus directement le monde médical, en libéral (Coulomb, 2016) ou à l'hôpital – en particulier aux urgences (Wolff, 2018) –, soit en analysant l'investissement de médecins dans la redéfinition médicale du problème public du sans-abrisme (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019). Mon travail se distingue de ces travaux en ce qu'il aborde la redéfinition sanitaire du sans-abrisme à travers un versant moins étudié jusqu'alors : celui du travail social. Alors que les travailleurs sociaux sont historiquement engagés dans la prise en charge des sans-abri et qu'ils constituent un groupe professionnel particulièrement présent dans leur accompagnement au quotidien (Guillou, 2006 ; Cabannes, Sigal, 2019), la façon dont ces acteurs du travail social s'ajustent, contribuent ou encore résistent à cette prégnance du sanitaire dans l'appréhension du sans-abrisme n'avait jusqu'alors pas fait l'objet d'une recherche spécifique.

Pour cela, j'ai donc réalisé la monographie d'une association située dans le nord-ouest de la France, historiquement engagée dans la cause des pauvres (Viguié, 2020) et disposant de différentes modalités d'hébergement et d'accompagnement des sans-abri. L'ethnographie menée dans cette association, bastion ancien du travail social, a été réalisée en position d'*insider*

grâce à une fréquentation régulière de l'association depuis 2014. Stagiaire en travail social, éducatrice spécialisée puis sociologue, ces différentes casquettes portées au sein de cette association ont garanti une familiarité au sujet et l'obtention d'une confiance avec les enquêtés. Cette proximité au terrain d'enquête rend le bornage de l'enquête difficile, puisque celle-ci a commencé bien avant l'inscription en thèse, et a perduré au-delà de la sortie officielle du terrain. Pour autant, on peut retenir que quatre centres d'hébergement ont été observés sur plusieurs mois, en qualité de sociologue. Au cours de la thèse¹, 56 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des professionnels et des hébergés, et une analyse des archives associatives a été menée. Fruit d'une démarche inductive, je vais revenir dans cette conclusion sur les résultats de cette recherche, en particulier quant à la redéfinition sanitaire du sans-abrisme. En outre, j'aborderai différentes perspectives de recherche qui découlent des réflexions portées dans ce travail, en soulignant notamment l'intérêt d'accorder une attention scientifique aux actrices et acteurs peu visibles qui contribuent au travail de soin.

Les apports principaux d'une ethnographie associative

Dans la première section de la thèse, je montre que l'association de la Charité hospitalière de nuit – créée en 1882 comme une société de bienfaisance à l'initiative du père Virgile – développe une attention ancienne aux problèmes sanitaires des sans-abri. L'histoire d'un des premiers asiles de nuit de France que j'ai retracée montre qu'un triptyque moral structure l'accueil au sein du foyer du père Virgile : la foi, le travail, et l'hygiène. Dès son ouverture, les bénévoles charitables en charge des accueillis sont attentifs à l'hygiène des accueillis, établissant une corrélation entre la morale des pauvres et les mesures de propreté qu'ils appliquent (Vigarello, 1985). Cette attention à l'hygiène permet de souligner l'attention précoce de l'association aux vulnérabilités sanitaires des accueillis, en lien avec le contexte local où l'hygiénisme est prégnant. Alors que la CHN se professionnalise lentement comme une association de travail social à partir de la fin des années 1950, par le biais de la réadaptation par le travail, l'association maintient une attention secondaire – mais constante – aux enjeux sanitaires, en déployant notamment une posture éthylque et en faisant appel à des infirmières bénévoles (chapitre 2).

¹ Pour rappel, les données recueillies en master au sein du CHRS de la SRAS sont également mobilisées dans cette recherche.

Durant les années 1980 et 1990, la CHN bénéficie d'un espace de liberté important. Au lendemain de son extension géographique par-delà son asile de nuit historique, l'association ouvre différents centres d'hébergement et structure plus largement un credo associatif socio-sanitaire fondé sur une prise en compte holistique des besoins des sans-abri. Les premiers salariés développent une conception symétrique de l'aide aux pauvres visant à atténuer les différences sociales entre encadrants et hébergés. Un ethos de la proximité marque ainsi cette période, ce positionnement tenant ensemble l'héritage du catholicisme social et un certain esprit « anti-institutionnel » et insubordonné (Muel-Dreyfus, 1983). L'attention sous-jacente à la santé des sans-abri va se voir renforcée dans les années 1980, les professionnels problématisant progressivement le fait que l'installation dans l'assistance renforce la dégradation des accueillis, ce qu'ils qualifient comme un processus de clochardisation. Ce constat légitime alors une action d'urgence et ponctuelle auprès des sans-abri au moment où l'urgence sociale se structure également au niveau national (Gardella, 2014a). En outre, le déploiement de l'insertion par le biais du RMI légitime également l'investissement du registre sanitaire par les travailleurs sociaux. Tandis que l'insertion par l'emploi perd de sa capacité intégratrice (Castel, 1995), l'attention historique de la CHN à la santé passe d'une préoccupation secondaire à un enjeu central de l'insertion à la fin des années 1980. Sur ces bases, un CHRS alternatif est alors élaboré à l'initiative de professionnels de terrain en 1995, la SRAS. Ce CHRS constitue le point d'orgue de ce credo associatif socio-sanitaire dans la mesure où la prise en compte de la santé des sans-abri y constitue une priorité. Marqueur fort d'une période de créativité et de liberté associatives, notamment vis-à-vis des tutelles, cette position d'autonomie va se voir progressivement contrariée à partir des années 2000 (chapitre 3).

En devenant un problème public, la cause des pauvres dépossède en partie ses défenseurs de la première heure de la liberté qu'ils détenaient jusqu'alors (Viguié, 2020). « *L'exclusion "ne nous appartient plus" complètement* », annonce le rapport d'activité de 2009. Ces professionnels du social sont en effet encouragés à travailler davantage avec les acteurs du sanitaire et du médical, le décroisement s'imposant comme un « *leitmotiv* » à partir des années 2000 (Schlegel, 2021). Bien qu'ils n'aient jamais ignoré les problématiques de santé des sans-abri jusqu'alors, ces professionnels sociaux sont enjoins à favoriser l'intervention de professionnels soignants au sein des centres d'hébergement. Un véritable espace sanitaire se structure alors au sein de cet espace traditionnellement social, jusqu'à l'instauration récente des LAM en 2019. D'un signe d'autonomie associative, le credo socio-sanitaire de la CHN devient de plus en plus le témoin de sa fragilisation. Cette spécificité, qui lui est localement reconnue

en matière de prise en charge de la santé des sans-abri, lui permet de tenir dans un contexte associatif en tension, mais vient également questionner profondément les professionnels sur les implications de cette sanitarisaiton qu'ils ne maîtrisent plus totalement. C'est avant tout l'instauration de filières de soins pour les marginaux qui concentre leurs doutes. En faisant dès lors intervenir de nombreux professionnels soignants au sein de ce monde, les travailleurs sociaux en viennent également à s'interroger sur leur propre rôle. Le monde de l'assistance devient un monde professionnel marqué par la pluriprofessionnalité, posant alors de nouvelles questions (chapitre 4).

La deuxième section de la thèse porte sur les professionnels du monde de l'assistance, en revenant d'abord sur les trajectoires des travailleuses et travailleurs sociaux qui exercent au sein des centres d'hébergement. La ligne de partage souvent retenue pour étudier le travail social est celle du renouvellement des générations (Ion, Tricart, 1985 ; Serre, 2004 ; Ion, Ravon, 2000 ; Duvoux, Mutuel, 2017). Je montre toutefois l'intérêt de regarder cette question en la croisant avec les effets du genre. En effet, cette association constitue un ancien bastion masculin, à la différence d'autres lieux d'exercice du travail social, comme le secteur de la petite enfance par exemple (Bessin, 2005). Le credo associatif socio-sanitaire, construit sur un modèle de masculinité hégémonique, valorise ainsi l'engagement au travail, le don de soi, la capacité d'endurance, voire la force physique jusqu'aux années 2000 (Connell, 1993 ; Vuattoux, 2013). Dès lors, le recours progressif à des professionnels diplômés du travail social – un tournant qui ne s'opère pas sans débats – va remettre en cause certains aspects de ce modèle de masculinité. De surcroît, ce processus de qualification s'accompagne d'un processus de féminisation des équipes professionnelles des centres d'hébergement masculins. Les pionnières recrutées, aux trajectoires et dispositions atypiques, sont alors assignées au travail de *care* (Tronto, 2009 [1993]), l'arrivée des premières femmes exerçant dans les foyers pour hommes étant conditionnée à ce qu'elles prennent en charge de l'hygiène des hébergés. Aujourd'hui, le recrutement des femmes travailleuses sociales reste marqué par le fait qu'elles doivent en partie s'adapter aux codes du masculin, tout en attestant par ailleurs d'une disposition aux soins (chapitre 5).

L'étude de la délégation de la matérialité du travail de *care* aux femmes est poursuivie dans le chapitre suivant, à travers l'analyse des trajectoires des soignantes qui interviennent au sein du monde de l'assistance. Alors que des infirmières sont recrutées au tournant des années 2000 dans ce contexte de décroisement du social et du sanitaire, elles voient initialement leur travail marqué par une assignation à la prise en charge de l'hygiène des hébergés malgré

leur recrutement pour s'occuper des lits infirmiers, ancêtres des Lits halte soins santé. S'est ensuivi, à partir des années 2010, un nouveau processus de délégation de ce travail autour de l'hygiène à des groupes professionnels subalternes et féminins, comme les auxiliaires de vie. Dans un processus inachevé de division du travail de soin et de délégation du sale boulot (Hughes, 1996 ; Arborio, 2009), le port de la blouse atteste de l'assignation des personnes qui la portent au contact corporel des hébergés (chapitre 6).

Le dernier chapitre de cette section vient interroger ce que la légitimation du registre sanitaire occasionne pour les pratiques professionnelles des différents acteurs en présence. Si l'hygiène a fait l'objet d'un processus de délégation, je montre que le travail de soin circule aujourd'hui parmi l'ensemble des groupes professionnels. Le recours à la théorie du *care* et ses différentes phases, élaborées par Joan Tronto, permet de souligner combien le soin aux sans-abri fait l'objet d'un souci, d'une responsabilité et d'une prise en charge partagés entre les différents groupes professionnels du monde de l'assistance (Tronto, 2009 [1993]). La sanitarisation du social se repère ainsi jusque dans les pratiques professionnelles, puisque les travailleurs sociaux contribuent activement à la prise en charge de la santé des sans-abri. Pour autant, cette circulation du soin ne signifie pas un effacement total des cloisonnements professionnels. Des frontières au travail perdurent et d'autres se recomposent dans ce contexte de travail coopératif (Schlegel, 2019). Comme l'analyse Vianney Schlegel, les professionnels de santé et notamment les médecins occupent des positions dominantes vis-à-vis des travailleurs sociaux (Schlegel, 2019). En étudiant cette question du côté du social, je souligne toutefois les différentes stratégies auxquelles recourent les travailleurs sociaux pour symétriser et légitimer leur place, ainsi que leurs savoirs vis-à-vis du soin aux sans-abri. La question des rapports de pouvoir se complexifie avec les infirmières exerçant au sein des centres d'hébergement, dans la mesure où elles partagent avec les travailleurs sociaux un niveau de prestige professionnel relativement équivalent. Si elles détiennent des savoirs sanitaires précieux qui garantissent leur légitimité (Schlegel, 2019, 2021), je montre qu'elles sont aussi surexposées au travail émotionnel et prises dans des rapports sociaux d'âge et de genre qui fragilisent leur position. Enfin, au sein même du groupe professionnel des travailleurs sociaux, des divisions se font jour, tous ne participant pas de la même manière au travail de soin. Les temporalités du *care* montrent ainsi que les femmes sont davantage assignées au travail de soin dans la durée, nécessitant anticipation et mémorisation quand parallèlement, les hommes investissent davantage le *care* qui s'accomplit dans l'urgence et qui peut ainsi être converti en un capital héroïque et viriliste (Bessin, 1998). L'étude de la matérialité du travail de *care*

souligne la permanence de cloisonnements statutaires, de genre, de classe, de race et d'âge, la sanitarisaiton du social ne venant donc pas effacer toutes les frontières du travail de soin.

L'attention aux logiques professionnelles du monde de l'assistance laisse enfin place à l'ethnographie de la prise en charge de la santé des hébergés. Interrogeant comment la légitimité du registre sanitaire se manifeste à travers le travail quotidien d'accompagnement des sans-abri, ce positionnement permet de problématiser la dernière section de la thèse autour de la question de l'incorporation du social (Fassin, 1996, 2006a, 2008b). Alors même que de nombreux travaux abordent le sans-abrisme et la santé, la question des inégalités n'est que rarement abordée. Or, la pauvreté a des conséquences jusque dans les corps des individus (Loretti, 2021). L'ethnographie de la prise en charge quotidienne des sans-abri et de leur santé contribue alors à documenter certaines des manières par lesquelles des inégalités sociales en viennent à se traduire en inégalités de santé. Par le cas limite de l'identification des « cas psy », j'examine dans le premier chapitre de la section la façon dont les professionnels du monde de l'assistance identifient le besoin de soin des hébergés. S'il y a bien une sanitarisaiton du monde de l'assistance, il s'avère en pratique que toutes les situations des sans-abri ne sont pas traduites dans le registre du pathologique. Au quotidien, les travailleurs sociaux produisent une dualité entre les situations qui relèvent du pathologique et celles qui restent étrangères à ce registre (Borelle, 2017a). J'étudie alors certains ressorts sociaux qui fondent la traduction de certaines situations dans ce registre, comme la non-conformité au rôle social d'hébergé et la déviance des accueillis aux normes de genre. Ce chapitre permet de comprendre les attendus implicites formulés aux hébergés, ainsi que la manière dont des professionnels sociaux contribuent au quotidien à produire des catégories sanitaires qui ont des conséquences directes sur les accueillis, en termes de suivis médicaux, de médication, ou encore de stigmatisation (Bresson, 2008). Le temps de l'hébergement se révèle ainsi être un moment propice à l'étiquetage pathologique pour les sans-abri. Tandis que le lien entre santé mentale et pauvreté est souvent appréhendé dans le registre de l'évidence (Bresson, 2003), ce chapitre participe à déconstruire cette essentialisation en portant une attention à la façon dont des fonctionnements institutionnels contribuent à établir cette corrélation (chapitre 8).

Pour les professionnels du monde de l'assistance, la détermination du normal et du pathologique n'est pas une fin en soi, mais leur permet d'élaborer l'accompagnement qui leur semble le plus adapté pour les accueillis. Je montre ainsi que l'enjeu de la santé constitue un levier propre de l'accompagnement social. Nuançant l'idée que les professionnels sociaux ne se cantonnent qu'à intervenir sur les problèmes sociaux posés par les hébergés, je montre au

contraire que la prise en charge de la santé est centrale dans la manière dont ils construisent l'accompagnement. Pour les sans-abri les plus « clochardisés », le travail sur l'hygiène est ainsi pensé comme la première marche du travail d'accompagnement, en écho au modèle en escalier qui continue de structurer la vision des professionnels d'Envol. Plus encore, lorsque les travailleurs sociaux présumant que l'horizon de l'emploi et du logement est illusoire pour certains sans-abri, ils ont tendance à investir le travail sur la santé comme un dernier registre mobilisable de l'accompagnement. Le levier de la santé permet aux professionnels de tenir le décalage entre les attentes des politiques d'insertion et les possibilités qu'ils présumant de certains hébergés. Pour autant, les travailleurs sociaux ne renoncent pas à la logique d'activation et de responsabilisation des usagers (Duvoux, 2009 ; Barbier, 2011), ces orientations s'accomplissant à travers une injonction au travail sur soi et sa santé pour les hébergés (Vrancken, Macquet, 2006). Prenant au sérieux la fonction socialisatrice de ces institutions, je montre ainsi comment les hébergés sont transformés par ces institutions, leurs dispositions vis-à-vis du soin tendant en partie à être infléchies. Loin d'être des institutions totales au sens d'Erving Goffman (1968 [1961]), ou disciplinaires au sens de Michel Foucault (1975), les centres d'hébergement sont plutôt des institutions enveloppantes (Darmon, 2015 [2013]), qui portent à la fois en elles une part de violence – marquée ici par des logiques d'injonction au soin – et un souci de bienveillance. En effet, les travailleurs sociaux s'attèlent au quotidien à tenir compte de la réception de leurs actions et travaillent à symétriser l'accompagnement (Gardella, 2017). En regardant enfin la façon dont les hébergés vivent cette empreinte sanitaire institutionnelle, je rejoins différents travaux complexifiant l'image des sans-abri comme étant des individus réticents aux soins (Gardella, Laporte, Le Méner, 2008 ; Uribe Larrea, 2020). Par différentes techniques, les hébergés s'attèlent à préserver leur santé en centres d'hébergement. La manière dont ils prennent soin d'eux-mêmes dans ce contexte institutionnel souligne toutefois un décalage dans la perception de l'institution d'hébergement : alors qu'il s'agit avant tout d'un lieu qui permet le soin pour les professionnels, il s'agit surtout d'une institution de laquelle il convient de se préserver pour les hébergés (chapitre 9).

Enfin, le dernier chapitre de la thèse explore les traitements institutionnels qui sont réservés aux hébergés présentant des affections sanitaires. Dans la mesure où ces derniers se rapprochent, par leurs invalidités, de la figure historique des bons pauvres (Castel, 1995 ; Brodriez-Dolino, 2013b), j'interroge la façon dont se réactualise leur prise en charge par l'assistance dans ce contexte de sanitarisation du social. En dialogue avec les résultats de Vianney Schlegel sur les commissions CHRS (Schlegel, 2019), je souligne par le prisme de

l'accès à l'hébergement d'urgence que la présentation de vulnérabilités sanitaires – visibles notamment – peut constituer un accélérateur dans l'accès à l'assistance. Les personnes présentant des dépendances physiques ont toutefois tendance à être maintenues dans le circuit de l'urgence sociale, les CHRS et les pensions de famille étudiées se montrant prudentes face à ces situations qu'ils considèrent trop lourdes sur le plan médical. Toutes les vulnérabilités sanitaires ne font donc pas l'objet de traitements favorables. De surcroît, l'étude des traitements réservés aux hébergés malades vient souligner comment les conditions de soins qui leur sont parfois réservées peuvent se montrer discriminantes. N'étant pas pleinement autorisés à habiter les espaces qui leur sont dédiés, les hébergés présentant des affections sanitaires se voient parfois restreints dans les soins auxquels ils peuvent prétendre. En outre, malgré l'injonction politique au décroisement entre le social et le médical, l'enquête souligne à travers plusieurs situations d'hébergés la persistance de failles entre ces institutions. Certains hébergés présentant des vulnérabilités sanitaires se trouvent en effet mis en circulation entre les services sociaux et médicaux – et au sein même des services médicaux –, ces derniers se renvoyant la part sociale ou médicale du problème posé par la personne (Petiau, 2019). La prégnance de ces frontières a des effets directs sur les hébergés, qui voient leurs possibilités de bénéficier de soins qualitatifs et durables compromises. L'incorporation du social s'éclaire ici par la façon dont des (dys)fonctionnements institutionnels ont des conséquences discriminantes directes sur les corps des sans-abri. Pour finir, j'étudie les processus de différenciation des publics qui s'opèrent au sein des centres d'hébergement et la façon dont ils ont des conséquences sur la prise en charge de la santé des accueillis. Même si le public des centres d'hébergement ne s'est jamais réduit à la figure du « clochard », elle continue en partie à être sacralisée comme celle de l'hébergé idéal. En miroir, les sans-abri en situation irrégulière et certaines femmes sont confrontés à des possibilités d'hébergement restreintes et à un moindre accompagnement de leur santé, en raison notamment de la présomption d'autonomie qui les entoure. Les sans-abri en situation irrégulière ont tendance à être uniquement appréhendés à l'angle d'un problème de droit et les femmes à l'angle de la parentalité. Dans ce mouvement, l'accompagnement de leur santé est moins pris en compte, ce qui vient en retour redoubler les inégalités de santé auxquelles ils et elles sont déjà surexposés. Cette différenciation des publics permet d'apporter une dernière réflexion sur la façon dont les structures sociales s'incorporent, complexifiant par-là les effets du déploiement du traitement compassionnel de la question sociale (chapitre 10).

Prolonger l'analyse de la redéfinition sanitaire du sans-abrisme par le social

Après être revenue sur la logique générale de la thèse, je vais désormais approfondir différents éléments que j'apporte par cette recherche. Menée au sein d'une association singulière, cette monographie s'insère dans des débats scientifiques plus larges tenant notamment à la redéfinition sanitaire du sans-abrisme.

La réalisation de cette enquête au sein d'un des plus vieux asiles de nuit de France permet notamment de discuter l'enjeu du tournant de la médicalisation du sans-abrisme dans les années 1980 et 1990. Édouard Gardella analyse que dans les années 1980, le problème posé par les sans-abri est formulé à travers la nécessité d'aller-vers cette population, sans attendre qu'elle ne sollicite d'elle-même des dispositifs sociaux ou sanitaires (Gardella, 2014a). La réactivité se construit comme une nécessité face aux dégradations psychiques et corporelles des sans-abri. C'est sur la légitimation de cette forme d'intervention rapide que l'urgence sociale se construit et devient une politique publique prenant appui sur le modèle de l'urgence médicale (Gardella, 2014a). Cette configuration sanitaire de l'urgence sociale est à la fois issue d'une longue histoire de médicalisation du vagabondage (Hacking, 2002 ; Gardella, 2014a), et de la place singulière occupée par les médecins du Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans-abri (CHAPSA) de Nanterre dans la mise à l'agenda de la santé des sans-abri. Patrick Henry, Xavier Emmanuelli et Jacques Hassin constituent des « entrepreneurs de morale » entretenant des liens avec les pouvoirs publics, favorisant la diffusion d'une empreinte médicale dans le traitement du sans-abrisme (Gardella, 2014a, p. 235). Le CHAPSA de Nanterre constitue en cela l'épicentre de la médicalisation du sans-abrisme.

À la suite du travail d'Édouard Gardella, Vianney Schlegel souligne que la médicalisation du sans-abrisme augure la professionnalisation de la prise en charge de ce public (Schlegel, 2019). Médicalisation et professionnalisation sont liées, puisque l'arrivée de médecins et de soignants dans cette « juridiction partagée » favorise la professionnalisation de ce secteur (Abbott, 1988), notamment par la diffusion de savoirs spécialisés sur le soin aux sans-abri (Schlegel, 2019). Mon étude portant sur une association historiquement engagée dans la cause des pauvres – bien avant la médicalisation du problème public du sans-abrisme – apporte une nuance à ces résultats. La recherche que j'ai menée met en effet en lumière un cas de professionnalisation de la prise en charge des sans-abri amorcée par des travailleurs sociaux avant l'arrivée de soignants dans cette juridiction (Abbott, 1988). Précisément, c'est dès la fin des années 1950, et le début de la salarisation des encadrants que la CHN se professionnalise

comme une association d'« actions sociales », telle qu'elle se définit. Cette professionnalisation fut marquée par la salarisation progressive des encadrants, par leur rapprochement de l'animation socio-culturelle, par leur attention centrale à la réadaptation par le travail et par la structuration d'un credo associatif socio-sanitaire portant une considération aux vulnérabilités sanitaires des hébergés.

En effet, dès l'ouverture de l'asile de nuit en 1882, la société de bienfaisance de la CHN porte une attention à l'hygiène des hébergés. Certes, 100 ans plus tard l'appréhension de ce problème s'est éloignée de ses considérations morales, mais il n'en reste pas moins que cette association développe une attention précoce aux vulnérabilités sanitaires des sans-abri. Cela vient donc nuancer l'idée que les années 1980 marquent celles d'une découverte des problématiques sanitaires des sans-abri. S'il s'agit d'une prise de conscience pour les associations investies sur le plan de la solidarité internationale, comme Médecins sans Frontières ou Médecins du Monde (Parizot, 2003 ; Izambert, 2018 ; Wolff, 2018), cette question n'est pas nouvelle pour les acteurs historiques de la cause des pauvres en France (Viguié, 2020). Dans son étude du Foyer Notre-Dame des Sans-Aabri de Lyon, Gabriel Uribelarrea souligne également que l'association a développé une sensibilité ancienne aux questions de santé, à l'instar de la CHN, avant la médicalisation du problème public du sans-abrisme (Uribelarrea, 2020). Aussi, l'attention à ces associations rappelle que la lutte contre la pauvreté est historiquement corrélée à la prise en compte des vulnérabilités sanitaires (Brodiez-Dolino, 2013a ; 2013b). La CHN voit précisément son histoire marquée par cette double empreinte : si elle intervient avant tout sur les vulnérabilités sociales, les vulnérabilités sanitaires, avec une place différente selon les époques, ont toujours été présentes en toile de fond permettant tantôt à l'association d'affirmer une expertise singulière et de tenir dans des périodes de crise. On peut alors émettre l'hypothèse que c'est précisément parce que des acteurs historiquement engagés dans la cause des pauvres perçoivent et considèrent depuis longtemps cette population comme doublement affectée, socialement et sanitaire, que la redéfinition sanitaire du sans-abrisme s'accomplit si pleinement. En outre, cela permet de rappeler que les acteurs associatifs de lutte contre la pauvreté ne sont pas que de simples réceptacles de l'action publique. Avec des ressources inégales selon les territoires, leur histoire et leurs relations avec les pouvoirs publics, ces acteurs associatifs contribuent à la médicalisation du problème public du sans-abrisme et plus largement à la co-construction de l'État social (Cottin-Marx, 2019 ; Aranda, 2023). En ce sens, si les médecins du CHAPSA de Nanterre sont centraux dans la reformulation médicale de la question du sans-abrisme, l'étude de leur action ne doit pas

invisibiliser des actrices et des acteurs antérieurement engagés dans la prise en charge de la santé des sans-abri. Bien que leur intervention soit centrale dans la médicalisation du problème public du sans-abrisme, saisir pleinement cette redéfinition sanitaire implique à mon sens de porter également une attention aux préoccupations et activités des professionnels situés du côté de la prise en charge quotidienne de cette population, en particulier aux travailleurs sociaux.

Aussi, c'est là un autre résultat important de cette recherche : les travailleurs sociaux contribuent à soigner les sans-abri. Par le recours à la théorie du *care* (Tronto, 2009 [1993]), il m'a semblé pertinent de penser le travail de soin en dehors des catégories de « profanes » et d'« experts », pour saisir la façon dont la prise en charge de la santé des sans-abri s'accomplit en pratique. Ainsi, les travailleuses et travailleurs sociaux leur font prendre des douches, leur distribuent des médicaments, soignent parfois des plaies, prodiguent des gestes de premiers secours, exercent une veille sanitaire quotidienne à leur égard, échangent et parfois même négocient les ordonnances et les hospitalisations avec les médecins qui les suivent. Ce positionnement dans la thèse participe à nuancer l'idée, qui reste dominante, « selon laquelle la santé est l'affaire des médecins » (Bresson, 2004, p. 180). Cette déconstruction du fait que soigner soit réservé aux seuls soignants est heuristique en ce qu'elle permet d'aborder des perspectives complémentaires quant aux ressorts de la redéfinition sanitaire du sans-abrisme.

Cela permet notamment de penser le processus de sanitarisation en lien avec l'évolution des politiques sociales. Ces dernières continuent de s'orienter vers des logiques de responsabilisation et d'activation des pauvres (Duvoux, 2009 ; Barbier, 2011), notamment par l'injonction au logement et au travail¹. L'étude que j'ai menée montre que les travailleurs sociaux du monde de l'assistance mobilisent en retour le levier de la santé dans leurs accompagnements pour tenir face à ces évolutions de l'État social, qu'ils considèrent parfois en décalage vis-à-vis des capacités présumées des personnes qu'ils prennent en charge. En ce sens, considérer le travail sur la santé comme une activité légitime des travailleurs sociaux permet d'envisager la sanitarisation du social comme étant aussi une conséquence des évolutions de l'État social.

¹ Des expérimentations sont actuellement en cours en France pour conditionner le versement du RSA à 15 à 20 heures par semaine d'activités tournées vers l'emploi. Après le Logement d'abord, « l'emploi d'abord » semble se dessiner, comme en témoigne le récent programme d'accompagnement social étudié par l'équipe de recherche ADEMI (analyse d'une démarche d'encouragement à la mobilité pour l'insertion), visant la mobilité des personnes mal-logées en Île-de-France par leur accès à l'emploi en dehors de cette région.

En outre, tenir compte de la contribution de différents acteurs – y compris non soignants – à ce travail sur la santé des sans-abri permet de souligner combien sa matérialité est prise dans des rapports sociaux pluriels et peu étudiés jusqu’alors. La montée en puissance du soin porté aux sans-abri fut en effet corrélé au processus de féminisation du monde de l’assistance. Aujourd’hui, la division du travail de soin continue de s’inscrire dans ces rapports sociaux inégalitaires non seulement de genre, mais aussi de race, comme je l’ai montré avec Malika notamment. Tenir compte des différents groupes professionnels – y compris subalternes – qui contribuent en pratique à la matérialité du travail de soin permet d’apporter une réflexion sur celles et ceux qui prennent soin des plus vulnérables dans notre société.

L’intérêt de tenir compte de cette contribution plurielle des actrices et acteurs au travail de soin a justifié le recours au concept de sanitarisation du social (Fassin, 1998a, p. 42, 2000a ; p. 105, 2008a, p. 28). La médicalisation est un concept qui rend compte de l’alliance entre la médecine et les pouvoirs publics (Faure, 1998), ce qui, précisément, a été traité efficacement dans les travaux sociologiques menés jusqu’alors (Gardella, 2014a ; Schlegel, 2019). Par ailleurs, la médicalisation est généralement analysée comme l’extension du domaine d’activité de la médecine. Ce point, concernant le sans-abrisme, me paraît plus discutable. Didier Fassin comme Anne Petiau soulignent que les psychiatres ont plutôt tendance à résister à l’extension de leur travail vers cette patientèle qui relève à leur sens du social (Fassin, 2006b, Petiau, 2019). Au-delà des psychiatres, des médecins s’engagent certes pour la cause des pauvres, certains occupant des positions de pouvoir importantes et d’autres moins. Pour autant, le sans-abrisme ne semble pas constituer une véritable conquête professionnelle hégémonique des médecins. En regardant cette question localement, ceux-ci sont davantage marqués par une logique de désengagement concernant la prise en charge de la santé des pauvres. Vianney Schlegel souligne lui aussi la difficulté sur le territoire lillois à trouver des médecins prêts à intervenir auprès de cette population dans les plus jeunes générations professionnelles : il questionne ainsi le risque d’une « désertification médicale » pour « la médecine des pauvres » (Schlegel, 2019, p. 610). Le concept de sanitarisation du social me semble donc efficace pour témoigner de la place centrale qu’occupe le registre sanitaire au sein du monde de l’assistance, tout en rendant compte de la faible contribution pratique des médecins, en comparaison à d’autres acteurs non médicaux.

Ce concept a en outre le mérite de visibiliser des pratiques qui se rapportent au soin de manière élargie. Alors que la médicalisation rend difficile l’analyse de pratiques à la marge du médical, comme l’hygiène par exemple, le concept de sanitarisation permet d’intégrer ces

activités à l'analyse. Cette vision extensive paraît pertinente au vu des apports nombreux qu'a permis l'analyse transversale des enjeux tenant à l'hygiène portée aux sans-abri dans cette recherche. Néanmoins, cet élargissement ne fait-il pas que repousser le problème des limites que posent ces concepts de médicalisation et de sanitarisation ? En effet, jusqu'où peut-on parler de sanitarisation ? Préparer un biberon pour un jeune enfant hébergé, tondre la barbe d'un sans-abri ou encore inciter un hébergé à changer de vêtements peuvent-ils être intégrés à cette analyse ? La question ne doit pas être évacuée au motif que la sanitarisation permet une appréhension extensive de ce qui relève de la santé. Cette question vient soulever la nécessité d'interroger les limites des processus de médicalisation et de sanitarisation. Sans réflexion sur ce point, ces processus peuvent laisser supposer qu'ils sont infinis. Or, même les questions sociales les plus médicalisées, comme l'accouchement par exemple, sont contestées dans leur médicalisation par certaines actrices sociales. C'est encore plus vrai pour le sans-abrisme qui n'est pas, à la différence de l'accouchement, une question sociale pleinement traduite dans le registre médical.

Aussi, un résultat de cette recherche tient à l'étude des différentes manières par lesquelles ces professionnels associatifs, tout en étant à l'initiative d'un processus de sanitarisation du social, sont vigilants et souvent même luttent face à une médicalisation de leur monde qu'ils jugent excessive. Dans son histoire et encore aujourd'hui, Envol s'attèle à résister à toute forme d'emprise médicale. Cela passe par le refus, pendant longtemps, des financements venant de la part des tutelles sanitaires. Du fait de la fragilisation de sa santé financière, elle a été contrainte d'y recourir, mais Envol maintient une vigilance à ce que l'agence régionale de santé (ARS) ne devienne pas le principal financeur de l'association. La place accordée aux infirmières témoigne également de cette prudence. Elles restent numériquement inférieures et le pouvoir qui leur est accordé est contrôlé : elles sont isolées les unes des autres, contraintes par des logiques temporelles et surexposées au travail émotionnel. Plus encore, il ne leur est pas possible d'accéder à des postes à responsabilité au sein de l'association, ce qui souligne leur éloignement concret vis-à-vis de toute position de pouvoir. La résistance à une emprise médicale trop forte se manifeste par ailleurs dans le refus d'héberger certaines personnes estimées comme ayant une situation trop lourde sur le plan médical. Enfin, les acteurs associatifs travaillent par différents moyens à symétriser leur place vis-à-vis du monde médical et tentent de faire-valoir leur expertise quant à l'accompagnement de la santé des sans-abri. Ils revendiquent, au point parfois d'aller jusqu'à des conflits importants, de ne pas être subordonnés au monde médical. Ces résultats sont importants dans la mesure où ils viennent

souligner que le processus de sanitisation peut se *conjuguer* à une résistance à la médicalisation. Cette dimension, peu étudiée jusqu'alors, invite à être poursuivie à travers d'autres objets où l'attention aux soins d'actrices et d'acteurs se double d'une vigilance à toute forme d'emprise médicale.

Au demeurant, se placer *du côté du social* pour saisir cette redéfinition sanitaire permet de questionner l'autonomie du travail social et la recomposition de ses frontières (Dartiguenave, 2010). Que dit la prégnance de cette dimension sanitaire au sein de ce bastion historique du travail social ? Tandis que l'on pense généralement l'extension des frontières du médical comme un accroissement de son pouvoir, à l'inverse, l'extension des frontières du social est plus souvent analysée comme une fragilisation de son entité. Comme s'il était uniquement défini par ses frontières, le travail social est vu comme une institution qui en s'étendant, s'éloigne voire perd ce qui est le cœur de son action (Ion, 2005b). L'extension du social vers ce registre sanitaire serait alors le signe de sa sujétion au médical. Cette vision du travail social, dépossédée d'entité propre, fait référence aux travaux critiques portés sur cette institution (Dartiguenave, 2010). La recherche que j'ai réalisée permet toutefois de souligner que le travail social dispose de marges de manœuvre pour défendre une expertise qui lui est propre. La sanitisation du monde de l'assistance n'est pas que le reflet de sa subordination au médical : c'est aussi l'expression d'un positionnement associatif ancien vis-à-vis de la santé, que j'ai qualifié de *credo socio-sanitaire*. Au-delà des médecins, différents groupes d'acteurs, professionnalisés ou non, s'emparent en effet d'enjeux sanitaires. Janine Barbot le met en lumière au sujet de la mobilisation des associations de lutte contre le sida (Barbot, 2001) et Lynn M. Appleton au sujet de la médicalisation de l'alcoolisme, par le biais d'associations comme les Alcooliques anonymes (Appleton, 1995). Si les médecins occupent assurément des positions dominantes, légitimes et socialement visibles sur les questions de santé, il reste que des acteurs pluriels appréhendent en pratique les questions médicales et sanitaires. À cet égard, l'association de lutte contre le sans-abrisme étudiée ici contribue, en dialogue – et parfois en opposition – avec le monde médical, à la reconnaissance des vulnérabilités sanitaires des sans-abri. De ce point de vue, la thèse peut être pensée comme une étude de cas singulière de la mobilisation d'actrices et d'acteurs non médicaux pour une plus grande prise en compte de la santé des sans-abri.

Enfin, tenir compte de cette part d'autonomie du travail social permet de réfléchir à la recomposition des frontières entre le social et sanitaire. Si les questions sociales et sanitaires se sont autonomisées durant le XX^e siècle, cette recherche menée du côté du social confirme que

cette autonomisation n'a été que « partielle » (Duvoux, Vezinat, 2022, p. 6), l'association étudiée ayant en effet maintenu une vigilance constante aux problématiques sanitaires des hébergés. Aujourd'hui, malgré l'injonction au décloisonnement du social et du médical, il apparaît que des frontières persistent entre ces institutions. Plus qu'un effacement de cette frontière, on peut d'ailleurs se demander si l'on n'assiste pas plutôt à un effritement de cette dernière, par le déploiement d'une mosaïque de dispositifs pensés pour mieux répondre à l'intrication des problèmes sociaux et sanitaires (Duvoux, Vezinat, 2022), mais qui contribuent aussi à produire de nouveaux cloisonnements aux effets potentiellement discriminants. Pour continuer d'investiguer les effets des recompositions des frontières entre le social et le sanitaire dans toutes ses ambivalences, à la fois en termes de reproduction et de correction des inégalités, il me semble heuristique de poursuivre l'ethnographie du soin parmi des groupes ou à travers des temporalités et des espaces où il est peu étudié.

Perspectives de recherche pour penser le soin dans des espaces et des temporalités invisibilisés

Les résultats de cette recherche invitent à des prolongements, notamment concernant la visibilisation d'actrices et d'acteurs pluriels contribuant en pratique au travail de soin auprès des plus vulnérables de notre société. S'en tenir à l'étude sociologique de groupes professionnels qui sont légitimement reconnus pour accomplir le soin occulte des actrices et des acteurs qui se préoccupent et qui accomplissent au quotidien un ensemble de tâches relevant de la considération et du maintien d'autrui (Tronto, 2009 [1993]). La mobilisation de la théorie du *care*, qui a permis de rendre visibles des actrices et acteurs peu pris en compte jusqu'alors dans le soin aux sans-abri, pourrait alors être poursuivie auprès d'autres groupes que celui des travailleurs sociaux, mais aussi à travers d'autres mondes que celui de l'assistance.

J'envisage notamment de poursuivre ce questionnement sur la sanitarisation du social à travers le monde de la protection de l'enfance. Les Maisons d'enfants à caractère social (MECS) ne disposent que très rarement de soignants. Aussi, les travailleurs sociaux qui y exercent sont confrontés à traiter des questions de santé au quotidien, comme le souligne la recherche de Marilou Janiaut (2012). Comment ce travail de soin qui incombe à ces professionnels non soignants est-il alors appréhendé ? Décentrer l'étude de la sanitarisation du social à l'angle du sans-abrisme permettrait de mieux saisir ce qu'il en est des évolutions tenant au travail social dans sa globalité et ce qui tient à la singularité du monde de l'assistance. En effet, cette perspective complémentaire favoriserait une compréhension plus fine du degré avec lequel le

registre sanitaire imprègne le travail social : jusqu'à quel point assiste-t-on à un processus de sanitarisé du *travail* social ? Plus encore, se placer du côté de la protection de l'enfance permettrait d'intégrer davantage les rapports sociaux d'âge dans la réflexion sur les inégalités sociales de santé. Regarder la question des vulnérabilités sociales et sanitaires auprès d'une population éprouvant des discriminations *a priori* différentes de celles éprouvées par les sans-abri permettrait alors de prolonger l'analyse sur l'incorporation du social engagée dans la thèse.

Une autre façon d'investiguer le soin là où il se fait peu visible serait de l'appréhender à travers des temporalités différenciées. Au sein des centres d'hébergement, le fait d'avoir mené l'enquête le soir ou encore les week-ends a permis de mieux renseigner la contribution des travailleurs sociaux aux soins. En effet, c'est en l'absence des infirmières présentes la journée que leur participation au travail de soin s'est révélée la plus manifeste. L'enquête n'a toutefois pas été menée la nuit auprès des veilleurs des centres d'hébergement. Or, les quelques échanges que j'ai pu avoir avec ces derniers soulignent que le soin s'accomplit aussi durant ce moment spécifique :

Le veilleur de nuit du foyer du père Virgile me dit qu'il y a « *beaucoup d'insomniaques* » la nuit donc il faut énormément rassurer les personnes et beaucoup discuter avec elles. Il ajoute que parfois des hommes se réveillent à deux heures du matin, et sont en manque d'alcool ou de stupéfiants. Il passe donc la plupart de son temps à leur parler, les rassurer. Il ajoute qu'il a déjà dû appeler le SAMU plusieurs fois et même soigner des petites plaies. « *On ne s'ennuie pas la nuit ! Il faut être un peu toutes les casquettes* » conclut-il.

Extrait des notes d'observation, mercredi 20 mars 2019

Ces quelques éléments laissent penser que le travail de nuit implique un travail de *care* singulier. Je pourrais ainsi prolonger cette recherche en étudiant ces acteurs du social qui exercent la nuit, au sein du monde de l'assistance ou ailleurs, en continuant d'interroger la façon dont les temporalités constituent un cadrage opérant pour penser le travail de soin. Le travail d'Anne Perraut Soliveres souligne qu'à l'hôpital, la hiérarchie des valeurs dans le soin s'inverse par le travail de nuit (Perraut Soliveres, 2017). L'absence des médecins et la solitude du travail viennent, entre autres, recomposer le rapport au soin entretenu par les infirmières. Interroger comment le travail de *care* s'accomplit la nuit, dans d'autres espaces que celui de l'hôpital, permettrait ainsi de tenir compte de professionnels invisibilisés et d'envisager que les frontières du soin puissent se définir différemment dans cette configuration temporelle particulière.

Au demeurant, la place des veilleurs de nuit dans le travail social reste peu étudiée, alors qu'ils sont des acteurs importants de son fonctionnement. Je l'ai évoqué dans la thèse, des

mobilités existent au sein du monde de l'assistance entre les veilleurs de nuit et le travail social de jour. Il pourrait ainsi être éclairant d'aller plus loin dans l'analyse de ces métiers peu visibles et pourtant indispensables au travail social. L'étude des auxiliaires de vie a posé les jalons d'une réflexion en ce sens et me semble mériter d'être poursuivie. Les maîtresses de maison, chargées de la vie domestique au sein des MECS, pourraient être intégrées à cette analyse des métiers peu cloisonnés du travail social, où les fonctions sociales, soignantes et domestiques paraissent particulièrement poreuses. En outre, l'étude de ces professionnels peu visibles du travail social permettrait de poursuivre la réflexion sur la façon dont le travail de *care* est traversé par des rapports sociaux qui exposent inégalement les professionnels aux risques vis-à-vis de leur propre santé. Je l'ai montré, les auxiliaires de vie sont par exemple plus durablement confrontées aux odeurs et aux bruits éprouvants des hébergés. En portant une attention particulière aux sensorialités que suscite ce travail de soin, j'envisage ainsi de continuer d'ethnographier le *care* en étudiant les expositions différenciées qu'il génère sur les acteurs et actrices qui l'accomplissent.

Je propose d'ailleurs d'aller plus loin sur cette question. Au sein du monde de l'assistance, certains accueillis en situation irrégulière sont amenés à travailler à l'entretien des locaux des centres d'hébergement dans le cadre de l'Insertion par l'activité économique (IAE). Ces hommes et ces femmes, en échange d'une somme dérisoire, changent les draps des lits vacants, nettoient les espaces communs ainsi que les sanitaires des centres d'hébergement. Ces travailleurs et travailleuses, essentiels aux fonctionnements de ces établissements, sont sans doute celles et ceux qui sont les plus exposés quant aux risques de ce travail sur leur santé. Certains m'ont ainsi expliqué craindre chaque jour d'être piqués par une seringue laissée dans des draps souillés. Il me semble ainsi pertinent de continuer de questionner la façon dont la proximité à autrui – comme je l'ai fait au sujet de l'hygiène dans la thèse – constitue un cadrage éclairant pour penser le *care*.

De plus, contribuer à renseigner l'activité de ces hébergés qui travaillent au sein des centres d'hébergement permettrait de complexifier l'ordonnement classiquement établi des places au sein du travail de *care*. Alors qu'ils et elles sont par moments des pourvoyeurs du *care*, en contribuant activement à maintenir un environnement vivable, ils et elles en redeviennent à d'autres moments des destinataires par leur position d'hébergé. Ces mouvements dans le *care* soulignent l'intérêt de penser sa contribution comme sa réception avec une plus grande circulation. La façon dont les femmes hébergées se soucient les unes des autres et dont elles se mobilisent collectivement pour favoriser leur santé, abordée à la fin du

dernier chapitre, pourrait faire l'objet d'un questionnement plus large sur la manière dont celles et ceux qui sont pensés comme des bénéficiaires du *care* travaillent aussi à le produire.

Par le prisme d'actrices et d'acteurs, de temporalités et d'espaces qui demeurent peu étudiés, j'envisage ainsi de poursuivre l'étude des recompositions des frontières du social et du sanitaire en continuant de mobiliser l'approche ethnographique. En effet, c'est dans cette perspective soucieuse de penser le soin là où il se fait peu visible que je souhaite prolonger mes réflexions, en postulant que ces portes dérobées sont des entrées éclairantes pour saisir les évolutions de l'État social.

Bibliographie

Abbott Andrew, 1988, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

Acker Françoise, 2002, « Temps de travail féminin, temps de travail soignant. Quelles configurations, quels réajustements ? », *Sciences sociales et santé*, vol, 20, n°3, p. 109-117.

Acker Françoise, 2004, « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, n° 32, p. 60-66.

Acker Françoise, 2008, « Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, p. 61-67.

Aïach Pierre, 1978, « Point de vue sur la sociologie de la morbidité », in Israël L. (dir.), *Santé, médecine et société*, Paris, Éditions CNRS INSERM.

Aïach Pierre, 2006, « Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 65-74.

Alderson Marie, Saint-Jean Micheline, Therriault Pierre-Yves, Rhéaume Jacques, Ruelland Isabelle, Lavoie Myriam, 2013, « La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients », *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, n° 113, p. 95-106.

Amistani Carole, 2003, « Les femmes sans domicile : domination sociale et ambiguïté de la prise en charge », in Gaboriau P., Terolle D. (dir.), *Ethnologie des sans-logis. Étude d'une forme de domination sociale*, Paris, L'Harmattan.

Appleton Lynn M., 1995, « Rethinking Medicalization : Alcoholism and Anomalies » in Best J. (dir.), *Images of Issues*, New York, Aldine de Gruyter, p. 59-80.

Aranda Mauricio, 2019, *Une assistance à deux vitesses. Socio-histoire de l'hébergement social des sans-abri depuis les années 1950*, thèse de doctorat en Science politique, Université de Paris Nanterre.

Aranda Mauricio, 2022, « Les conditions sociales d'une assistance "sans condition". L'asile de nuit de La Mie de Pain pendant les Trente Glorieuses », *Le Mouvement Social*, vol. 280, n°3, p. 75-97.

Aranda Mauricio, 2023, « L'État, les associations et le vagabondage. Rapports de force et réforme empêchée du volet assistanciel de l'État social », *Gouvernement et action publique*, vol. 12, n°2, p. 9-35.

Aranda Mauricio, Duvoux Nicolas, 2022, « Les Pass ou l'extension de l'assistance dans le système de santé », in Duvoux N., Vezinat N. (dir.), *La santé sociale*, Paris, Presses universitaires de France, p. 73-86.

Arborio Anne-Marie, 1996, *Les aides-soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

Arborio Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

Arborio Anne-Marie, 2007, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 90, n°3, p. 26-34.

Arborio Anne-Marie, 2009, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in Demazière D., Gadéa C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, p. 51-61.

Arborio Anne-Marie, Divay Sophie, 2021, « Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital », in Frouard H., Halpern C. (dir.), *La santé. Un enjeu de société*, p. 87-93.

Arborio Anne-Marie, Fournier Pierre, 2008 [1999], *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*, Paris, Armand Colin.

Arborio Anne-Marie, Lechien Marie-Hélène, 2019, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n°1, vol. 10, p. 91-110.

Arnaud Amandine, Fagot-Campagna Anne, Laporte Anne, 2008, « Le diabète chez les personnes fréquentant les centres d'hébergement d'urgence », Paris, Rapport de l'Observatoire du Samusocial de Paris.

Astier Isabelle, 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses universitaires de France.

Astier Isabelle, Duvoux Nicolas, 2006, *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan.

Autès Michel, 1999, *Les paradoxes du travail social*, Paris, Dunod.

Avril Christelle, 2006, « Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire », *Le mouvement social*, n°216, p. 87-99.

Avril Christelle, 2018, « 15 - Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès », in Maruani M. (dir.), *Je travaille, donc je suis. Perspectives féministes*, Paris, La Découverte, p. 205-216.

Avril Christelle, Marie Cartier, Delphine Serre, 2010, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte.

Barrier Jean-Claude, 2011, « Activer les pauvres et les chômeurs par l'emploi ? Leçons d'une stratégie de réforme », *Politiques sociales et familiales*, n°104, p. 47-58.

Barbot Janine, 2001, « Les interactions entre les associations et les agences publiques dans l'organisation de la recherche d'un traitement contre le sida », *Revue française des affaires sociales*, n°4, p. 59-63.

Barbot Janine, 2012, « Mener un entretien de face à face », in Paugam S. (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 115-141.

- Barrett Robert, 1999, *La Traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Barthe Yannick, De Blic Damien, Heurtin Jean-Philippe, Lagneau Eric, Lemieux Cyril, Linhardt Dominique, Moreau de Bellaing Cédric, Rémy Catherine, Trom Danny, 2013, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, vol. 103, n°3, p. 175-204.
- Baszanger Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27-1, p. 3-27.
- Baudot Pierre-Yves, 2023, « La dé-démocratisation des élections. Race et handicap dans les politiques électorales aux États-Unis », *Critique internationale*, vol. 98, n°1, p. 143-164.
- Bauduret Jean-François, 2013, « La constitution d'une identité par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales », in Bauduret J-F. (dir.), *Institutions sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, p. 7-20.
- Beaud Stéphane, 1997, « Un temps élastique. Étudiants des "cités" et examens universitaires », *Terrain, anthropologie et sciences humaines*, n°29, p. 43-58.
- Beaud Stéphane, Weber Florence, 1997, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- Beaud Stéphane, Weber Florence, 2012, « Le raisonnement ethnographique », in Paugam S. (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 223-246.
- Bec Colette, 1994, *Assistance et République. La recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République*, Paris, Éditions de l'Atelier.
- Becker Howard S., 1982, *Les Mondes de l'art*, Paris, Flammarion.
- Becker Howard S., 1985 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- Becker Howard S., 2002, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte.
- Becker Howard S., Pessin Alain, 2006, « Dialogue sur les notions de Monde et de Champ », *Sociologie de l'Art*, n°1, p 163-180.
- Belhadj Marnia, 2006, « Quelle professionnalisation dans le travail social pour les diplômés descendants de migrants ? », *Formation emploi*, n°94, p. 73-91.
- Beliard Aude, Biland Émilie, 2008, « Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus », *Genèses*, vol. 70, n°1, p. 106-119.
- Bell Susan E., 1987, « Premenstrual syndrome and the medicalization of menopause: a sociological perspective » in Ginsburg B. E., Carter B. F. (dir.), *Premenstrual Syndrome: Ethical and Legal Implications in a Biomedical Perspective*, New York, Plenum, p. 151-71.
- Bellot Céline, 2000, « La trajectoire : un outil de compréhension pour l'itinérance », in Laberge D. (dir.), *L'errance urbaine*, Sainte-Foy, Multimondes, p. 101-120.

Bellot Céline, Sylvestre Marie-Ève, 2017, « La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté », *Revue générale de droit*, n°47, p. 11- 44.

Belorgey Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.

Benoist Yann, 2008, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n°3, p. 5-34.

Benoist Yann, 2016, « Tant qu'on a la santé... c'est pire ! L'amélioration paradoxale des conditions de vie de personnes sans-abri », *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n°13.

Berlivet Luc, Sawicki Frédéric, 1994, « La foi dans l'engagement. Les militants syndicalistes CFTC de Bretagne dans l'après-guerre », *Politix*, vol. 7, n°27, p. 111-142.

Besozzi Thibaut, 2019, « Normalisation et déviance : des pistes de recherche pour penser le sans-abrisme à travers son rapport à l'espace », in Boucher M., Marchal H. (dir.), *Banlieues, cités, ghettos, bidonvilles, campements... Définitions, mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 359-384.

Besozzi Thibaut, 2020, *Idées reçues sur les SDF. Regard sur une réalité complexe*, Paris, Le Cavalier Bleu.

Besozzi Thibaut, Hervé Marchal, 2021, « Avant-propos », *Retraite et société*, n°85, p. 9-16.

Bessin Marc, 1995, « Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration », *Les cahiers de la sécurité intérieure*, n°22, p. 57-65.

Bessin Marc, 1998, « Le Kairos dans l'analyse temporelle », *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, n°32, p. 55-73.

Bessin Marc, 2003, « Conflits et ajustements professionnels dans la prise en charge sanitaire des détenus », in Cresson G. et al. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 165-176.

Bessin Marc, 2005, « Le travail social est-il féminin ? », in Ion J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, p. 152-169.

Bessin Marc, 2008, « Les hommes dans le travail social : le déni du genre », in Guichard-Claudic Y., Kergoat D., Vilbrod A. (dir.), *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 357-370.

Bessin Marc, 2009, « Focus - La division sexuée du travail social », *Informations sociales*, n°152, p. 70-73.

Bessin Marc, 2013, « Temporalités, parcours de vie et de travail », in Maruani M. (dir.), *Travail et genre dans le monde. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 107-116.

Bessin Marc, 2014, « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care », *Temporalités*, n°20.

Bessin Marc, Lechien Marie-Hélène, 2002, « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, vol. 32, n°1, p. 69-80.

Blum Françoise, 2002, « Regards sur les mutations du travail social au XXe siècle », *Le mouvement social*, n°199, p. 83-94.

Blum Pauline, Neuberg Samuel, 2019, « Les temps retrouvés de l'insertion », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 226-227, p. 104-119.

Bodin Romuald, 2018, *L'Institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La Dispute.

Boltanski Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Economies, sociétés, civilisations*, n°1, p. 205-233.

Borelle Céline, 2017a, « "C'est uniquement social". Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », *Politix*, vol. 117, n°1, p. 201-222.

Borelle Céline, 2017b, *Diagnostiquer l'autisme. Une approche sociologique*, Paris, Presses des Mines.

Bouillon Florence, 2009, *Les mondes du squat*, Paris, Presses universitaires de France.

Boujut Stéphanie, 2005, « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviance et Société*, vol. 29, n°2, p. 141-153.

Bourdelaï Patrice, Fassin Didier, 2005, *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte.

Bourdieu Pierre, 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourdieu Pierre, 1980, *Le sens pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourdieu Pierre (dir.), 1993, *La Misère du monde*, Paris, Seuil.

Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude, 1964, *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourgois Louis, 2019, « Urgence sociale et catégorisation des publics : les "Roms migrants" sont-ils des "sans-abri" comme les autres ? », *Rhizome*, n°71, p. 42-50.

Bregeon Philippe, 2008, *À quoi servent les professionnels de l'insertion ? L'exemple des intervenants sociaux en centres d'hébergement et de réinsertion sociale, en missions locales et dans l'insertion par l'activité économique*, Paris, L'Harmattan.

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*, vol. 115, n°2, p. 311-326.

Bresson Maryse, 2004, *Le précaire et le militant*, Habilitation à diriger les recherches, Université de Lille 1.

Bresson Maryse, 2006, « L'ouverture de la psychiatrie vers la ville : quels enjeux pour l'intervention sociale ? », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 141-150.

Bresson Maryse, 2008, « 14 – Les paradoxes des politiques et pratiques professionnelles à la frontière de la précarité et de la santé mentale », in Niewiadomski C., Aiach P. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, p. 253-270.

Bresson Maryse, 2010 [2007], *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin.

Bresson Maryse, 2012, « La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux », *Informations sociales*, vol. 169, n°1, p. 68-75.

Breviglieri Marc, 2005, « Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social », in Ion J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, p. 219-234.

Briant Jeremy, 2019, *Les effets de la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance: les relations et les pratiques des intervenants sociaux et des institutions sur des familles dans le cadre du soutien à la parentalité*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Caen Normandie.

Brodiez-Dolino, Axelle, 2009, *Emmaüs et l'abbé Pierre*, Paris, Presses de Sciences Po.

Brodiez-Dolino Axelle, 2013a, « Entre social et sanitaire : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XX^e siècle », *Le Mouvement Social*, vol. 242, n°1, p. 9-29.

Brodiez-Dolino Axelle, 2013b, *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*, p. 109-126.

Brodiez-Dolino Axelle, 2020, *Des sans-logis aux sans domicile. Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri à Lyon depuis 1950*, Saint-Etienne, Presses universitaires de Saint-Etienne.

Brodiez-Dolino Axelle, 2022, « (Socio-)histoires du sans-abrisme à l'époque contemporaine. État des lieux et pistes de recherche », *Le Mouvement Social*, vol. 280, n°3, p. 3-32.

Brodiez-Dolino Axelle, Ravon Bertrand, 2016, « Le sans-abrisme au XX^e siècle : reconfigurations d'un problème public », Pichon P., Girola C., Jouve E. (dir.), *Au temps du sans-abrisme. Enquête de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne, p. 35-56.

Brousse Cécile, Firdion Jean-Marie, Marpsat Maryse, 2008, *Les sans-domicile*, Paris, La Découverte.

Broutelle Anne-Cécile, 2009, « Infirmière : une profession problématique », *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, p. 178-180.

Bruneteaux Patrick, 2004, *La rue : rêves et réalité*, Paris, Emmaüs et le Temps des Cerises.

Bruneteaux Patrick, 2006, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines*, n° 63, p. 105-125.

Bruneteaux Patrick (dir.), 2013, *Les Enfants de Don Quichotte. Sociologie d'une improbable mobilisation nationale*, 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, 2018, « Ethnographie et lien social. Pratique et éthique de la recherche auprès des résidents des foyers d'urgence », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, n°140, p. 39-89.

Bureau Marie-Christine, Rist Barbara, 2012, « Les figures de la participation des usagers dans les commissions d'attribution des droits aux personnes handicapées », *Vie sociale*, n°4, p. 81- 96.

Bussi Chloé, 2019, « Le social à l'épreuve de la sanitarisation. Monographie d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale », *Dossier d'étude de la Cnaf*, n°204.

Bussi Chloé, 2022, « Travailler ensemble pour soigner. Travailleurs sociaux et (para)médicaux : quelles coopérations et quels rapports de pouvoir autour du soin ? », in Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Buton François, 2009, *L'administration des faveurs. L'État, les sourds et les aveugles (1789-1885)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Buton François, Mariot Nicolas (dir.), 2009, *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses universitaires de France.

Cabannes Pierre-Yves, Sigal Mathieu, 2019, « Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale », *Les dossiers de la DREES*, n°46.

Cacouault-Bitaud Marlaine, 2001, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, vol. 5, n°1, p. 91-115.

Canguilhem George, 2017 [1966], *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France.

Carricaburu Danièle, Lhuilier Dominique, Merle Véronique, 2008, « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé Publique*, vol. 20, n°HS, p. 57-67.

Carricaburu Danièle, Ménoret Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.

- Cartier Marie, 2005, « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold », *Le Mouvement Social*, n° 211, p. 37-49.
- Cartier Marie, Coutant Isabelle, Masclet Olivier, Siblot Yasmine, 2008, *La France des « petits-moyens »*. *Enquête sur la banlieue pavillonnaire*, Paris, La Découverte.
- Castel Robert, 1981, *La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Castel Robert, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- Castel Robert, Enriquez Eugène, Stevens Héléne, 2008, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, vol. 17, n°2, p. 15-27.
- Castra Michel, 2003, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses universitaires de France.
- Castra Michel, 2013, « Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs », in Schepens F. (dir.), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Érès, p. 123-135.
- Castra Michel, 2015, « Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines », *Empan*, vol. 97, n°1, p. 12-18.
- Cefaï Daniel, Gardella Édouard, 2011, *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte.
- Champy Florent, 2011, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, Presses universitaires de France.
- Chapoulie Jean-Michel, 2018 [2001], *La tradition sociologique de Chicago (1892-1961)*, Paris, Seuil.
- Chaput-Lebars Corinne, Morange Arnaud, 2014, « Le Housing-first. L'expérimentation à la française », *Le Sociographe*, vol. 48, n°4, p. 67-77.
- Charles Charlène, 2021, *Tensions et émotions dans le travail social précaire. Une sociologie des éducateurs et éducatrices dans les foyers pour enfants*, Toulouse, Octarès Editions.
- Charles Aline, Galerand Elsa, 2017, « Du travail ménager au service domestique, de l'emploi féminin au travail militant : critiques féministes en évolution », *Recherches féministes*, vol. 30, n°2, p. 1-16.
- Chauvenet Antoinette, 1972, « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, vol. 14, n°2, p. 145-163.
- Chauvenet Antoinette, 1978, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, Presses universitaires de France.
- Chauvière Michel, 2004, *Le travail social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée*, Paris, Dunod.

Chauvière Michel, 2008, « La parentalité comme catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, vol. 149, n°5, p. 16-29.

Chauvin Sébastien, 2010, *Les agences de la précarité. Journaliers à Chicago*, Paris, Seuil.

Chauvin Sébastien, Jounin Nicolas, 2012, « L'observation directe », in Paugam S. (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 143-165.

Choppin Katia, Gardella Édouard (dir.), 2013, *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1987-2012*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.

Cicourel Aaron, 2018 [1968], *La justice des mineurs au quotidien de ses services*, Genève, IES/HETS.

Clément Serge, 2000, « Le soin familial aux personnes vieillissantes », in Keller P-H., Pierret J. (dir.), *Qu'est-ce que soigner ?* Paris, Syros.

Collin Johanne, Suissa Amnon Jacob, 2007, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol 19, n°2, p. 25-33.

Conq Nathalie, Vilbrod Alain, 2006, « La recomposition permanente de la psychologie et des méta-savoirs : l'exemple de la formation des éducateurs spécialisés » in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale*, L'Harmattan, Paris, p. 191-205.

Connell Raewyn, 1993, *Masculinities*, Cambridge, Polity Press.

Conrad Peter, 1975, « The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior », *Social Problems*, n°23, p. 12-21.

Conrad Peter, 1985, « The Meaning of Medications: Another Look at Compliance », *Social Science & Medicine*, vol. 20, p. 29-37.

Conrad Peter, 1992, « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, n°18, p. 209-232.

Conrad Peter, Schneider Joseph W., 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia, Temple University Press.

Cottin-Marx Simon, 2019, *Sociologie du monde associatif*, Paris, La Découverte.

Coulomb Laureline, 2016, *Entre négociations et malentendus : l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Strasbourg.

Coulomb Laureline, 2018, *Le soin des personnes sans domicile. Entre malentendus et négociations*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Coulomb Laureline, 2020, « Les récits des corps souffrant de personnes sans domicile », *Corps*, vol. 1, n° 18, p. 45-54.

Coulomb Laureline, 2021, « Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux », *Retraite et société*, vol. 1, n° 85, p. 61-81.

Daly Mary et Rake Katherine, 2003, *Gender and the Welfare State: Care, Work and Welfare in Europe and the USA*, Cambridge, Polity.

Damon Julien, 2007, « La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards : une histoire en mouvement », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 43, n° 6, p. 933-951.

Damon Julien, 2016, *100 penseurs de la société*, Paris, Presses universitaires de France.

Damon Julien, 2012 [2002], *La question SDF. Critique d'une action publique*, Paris, Presses universitaires de France.

Damon Julien, septembre 2021, *Héberger, c'est loger ? Aux frontières du logement ordinaire*, Eclairs, En ligne :

<http://eclairs.fr/wpcontent/uploads/2021/11/RapportDamonHebergement.pdf>. Consulté le 15 août 2023.

Darmon Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, vol. 58, n°1, p. 98-112.

Darmon Muriel, 2008 [2003], *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.

Darmon Muriel, 2015 [2013], *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, La Découverte.

Darmon Muriel, 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte.

Dartiguenave Jean-Yves, 2010, *Pour une sociologie du travail social*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Davis Fred, 1968, « Professional socialization as Subjective Experience: the process of Doctrinal Conversion among Student Nurses » in Becker H., Geer B., Riesman D., Weiss R. (dir.), *Institutions and the Person: Essays in Honor of Everett Hughes*, Chicago, Free Press, p. 235-251.

Debonneville Julien, 2017, « La "sortie de terrain " à l'épreuve de l'ethnographie multi-site. Repenser la territorialité et la temporalité de l'enquête au regard du désengagement ethnographique », *SociologieS, La recherche en actes*.

Declerck, Patrick, 1986, « La vie pour rien. Ethnographie des clochards de Paris », *Les Temps modernes*, n° 478, p. 11-36.

Declerck Patrick, 2001, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Terre Humaine.

De Gaulejac Vincent, 1987, *La Névrose de classe. Trajectoire sociale et conflits d'identité*, Paris, Hommes et Groupe.

Delanoë Daniel, 1998, « La médicalisation de la ménopause », in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Economica.

Delanoë Daniel, Aïach Pierre (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*. Paris, Economica.

Delaunay Bertrand, 2006, « Évolution d'un savoir de référence en service social : la psychologie », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale, mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 177-190.

Demailly Lise, 2006, « La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale, mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 35-50.

Demailly Lise, 2009, « Fortunes et ambiguïtés de l'accompagnement », *Empan*, vol. 74, n°2, p. 21-28.

Demailly Lise, 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte.

Demazière Didier et Gadéa Charles (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.

Denave Sophie, 2009, « 9. Les ruptures professionnelles : analyser les événements au croisement des dispositions individuelles et des contextes », in Michel Grossetti M. (dir.), *Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, p. 168-175.

Denise Thomas, 2018, *La fabrique des soins en réanimation : entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Caen Normandie.

Denise Thomas, Divay Sophie, Dos Santos Marie, Fournier Cécile, Girard Lucile, Luneau Aymeric (dir.), 2022, *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Dhume Fabrice, 1997, *RMI et psychiatrie : deux continents à la dérive ? L'interinstitutionnalité et le partenariat comme catalyseurs des questions d'identité du travail social et de la psychiatrie*, Paris, L'Harmattan.

Dhume Fabrice, 1999, « Le "RMI" en demande "psy". Enjeux et illusion du partenariat autour de la santé mentale », *Soins psychiatrie*, n°204, p. 20-22.

Divay Sophie, 2008, « Psychologisation et dépsychologisation de l'accompagnement des chômeurs », *Sociologies pratiques*, n°2, vol. 17, p. 55-66.

Donzelot Jacques, 1977, *La police des familles*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Dorlin Elsa, 2005, « Les Blanchisseuses : la société plantocratique antillaise, laboratoire de la féminité moderne » In H. Rouch E., Dorlin D., Fougeyrollas D. (dir.), *Le corps, entre sexe et genre*, Paris, L'Harmattan, p. 143-165.

Douglas Mary, 2005 [1966], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte.

Dourens Christine, 2005, « L'accueil des demandeurs d'asile dans les structures d'urgence », *Les travaux de l'observatoire*, p. 687-715.

Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland.

Dubar Claude, 1970, *Idéologies et choix professionnels des éducateurs spécialisés*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8.

Dubar Claude, 1998, « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines*, n°29, p. 73-85.

Dubet François, 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil.

Dubet François, 2006, *Injustices, l'expérience des inégalités au travail*, Paris, Seuil.

Dubois Vincent, 1999, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, études politiques.

Dubreucq Jean-Luc, 2008, « Santé mentale des sans-abri : faut-il intervenir davantage ? », *Psychiatrie et violence*, vol. 8, n°1.

Duprez Dominique, 1984, « stratégies préventives des années 80. Les opérations été chaud », *Cahier de l'animation*, n°48.

Dussuet Annie, 2016, « Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 17, n°2, p. 123-141.

Dussuet Annie, 2017, « Le "travail domestique" : une construction théorique féministe interrompue », *Recherches féministes*, vol. 30, n°2, p. 101-117.

Dussuet Annie, Flahault Erika, 2010, « Entre professionnalisation et salarisation, quelle reconnaissance du travail dans le monde associatif ? », *Formation emploi*, n°111, p. 35-50.

Duvoux Nicolas, 2009, *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses universitaires de France.

Duvoux Nicolas, 2021, *Les inégalités sociales*, Paris, Presses universitaires de France.

Duvoux Nicolas, Mutuel Pauline, 2017, « Conflits de générations dans le travail social : oubli du métier ou nouvelles formes d'engagement ? », *Revue française de service social*, n°267, p. 13-19.

Duvoux Nicolas, Vezinat Nadège (dir.), 2022, *La santé sociale*. Paris, Presses universitaires de France.

Ehrenberg Alain, 1998, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

Eliçabe Rémi, Guilbert Amandine, Overney Laetitia, Haeringer Anne-Sophie, 2013, « Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, vol. 112, n°1, p. 11-25.

Eme Bernard, 1997, « Aux frontières de l'économie : politiques et pratiques d'insertion », *Cahiers internationaux de Sociologie*, n°103, p. 313-333.

Essed Philomena. 2005, « Racisme et préférence pour l'identique : du clonage culturel dans la vie quotidienne », *Actuel Marx*, vol. 38, n°2, p. 103-118.

Estecahandy Pascale, 2019, « Le dispositif d'appartenance de coordination thérapeutique "Un chez-soi d'abord" », *L'information psychiatrique*, vol. 95, n°7, p. 514-519.

Eude Robert, 1957, « Histoire religieuse du diocèse de Rouen au XIXe siècle - Les œuvres catholiques », *Études Normandes*, vol. 22, n°79, p. 141-156.

Eyraud Benoît, 2013, *Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse, Erès.

Fainzang Sylvie, 1994, « Anciens buveurs et alcoolisme. Discours de la causalité », *Sciences sociales et santé*, vol 12, n°3, 1994, p. 69-99.

Fainzang Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France.

Fainzang Sylvie, 2007, « Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture », *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, p. 193-209.

Fainzang Sylvie, Ouvrier Ashley, 2019, « Face aux risques médicamenteux », *Anthropologie & Santé*, n°19.

Fassin Didier, 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France.

Fassin Didier (dir.), 1998a, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.

Fassin Didier, 1998b, « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation », in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Economica, p.1-14.

Fassin Didier, 2000a, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n°1, p. 95-116.

Fassin Didier, 2000b, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales, histoire, sciences sociales*, n°5, p. 955-981.

Fassin Didier, 2001, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 4, p. 5-34.

Fassin Didier, 2003, « Naissance de la santé publique. Deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989) », *Genèses*, vol. 53, n°4, p. 139-153.

Fassin Didier, 2004a, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.

Fassin Didier, 2004b, « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité », in Fassin D., Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 236-266.

Fassin Didier, 2006a, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.

Fassin Didier, 2006b, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, n°73, p. 137-157.

Fassin Didier, 2008a, *Faire de la santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Fassin Didier, 2008b, « 1 – Les impensés des inégalités sociales de santé », in Niewiadomski C. Aïach P. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 19-28.

Fassin Didier, 2010, *La raison humanitaire : une histoire morale du temps présent*, Paris, Seuil.

Fassin Didier, 2016, « Une anthropologie politique et morale de la question sociale. De la culture de la pauvreté à la critique de la domination. Entretien », *Communications*, vol. 98, n°1, p. 147-158.

Fassin Didier, Memmi Dominique (dir.), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Fassin Didier, Molénat Xavier, 2017, « Gouverner les vies, entretien avec Didier Fassin », in Lhéréte H. (dir.), *Michel Foucault. L'homme et l'œuvre. Héritage et bilan critique*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, p. 142-145.

Faure Olivier, 1998, « La médicalisation vue par les historiens », in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Economica, p. 53-68.

Feys Jean-Louis, 2017, « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 93, n°6, p. 457-463.

Flexner Abraham, 1915, « Is Social Work a Profession? », *School and Society*, I, 26.

Fortané Nicolas, 2010, « La carrière des "addictions". D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, vol. 78, n°1, p. 5-24.

Fortino Sabine, 2002, *La mixité au travail*, Paris, La Dispute.

Foucault Michel, 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

Foucault Michel, 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

Freidson Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.

Freund Véronique, 2004, *Le métier d'éducateur de la PJJ*, Paris, La Découverte.

Friedberg Erhard, 1997, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Seuil.

Gabarro Céline, 2012, « Les demandeurs de l'aide médicale d'Etat pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°2, p. 35-56.

Gaboriau Patrick, 1993, *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Paris, Julliard.

Gagnon Eric, 2021, *Les Signes du monde. Une ethnographie des centres d'hébergement*, Montréal, Éditions Liber.

Gardella Édouard, 2003, « Au-delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion ? À propos des Naufragés de Patrick Declerck (note critique) », *Terrains & travaux*, vol. 5, n°2, 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 doctorat en sociologie, École normale supérieure de Cachan.

Gardella Édouard, 2014b, « L'urgence comme chronopolitique. Le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités : revue de sciences sociales et humaines*, n°19.

Gardella Édouard, 2016a, « Accompagner sans fin. Épreuves temporelles dans les hébergements sociaux de longue durée », *SociologieS*.

Gardella Édouard, 2016b, « Comment sortir du paradoxe des habitats d'assistance ? Propositions pour un droit inconditionnel à habiter », *Dossier de la 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, 2023, *La solidarité individualiste. L'assistance moderne aux sans-abri et ses pathologies*, Paris, Economica.

Gardella Édouard, Cefai Daniel, 2011, « La morale de l'urgence sociale. Une enquête au Samu social de Paris » *Empan*, vol. 84, n°4, p. 18-24.

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, n°3, p. 35-46.

Garfinkel Harold, 1956, « Conditions of Successful Degradation Ceremonies », *American Journal of Sociology*, 61, 420-424.

Gaspar Jean-François, 2012, *Tenir ! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.

Geeraert Jérémy, 2014, « Une médecine de la précarité à l'hôpital : tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé », in Pierre T. et al. (dir.), *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*, Presses universitaires de Nancy, Éditions universitaires de Lorraine.

Geeraert Jérémy, 2027, *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.

Gelly Maud, 2016, *Classer pour soigner ? Savoirs d'État et raisons pratiques. Le cas du dépistage du sida en France*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8.

Gelly Maud, Pitti Laure, 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, vol. 1, n° 58, p. 7-18.

Geremek Bronislaw, 1974, « Criminalité, vagabondage, paupérisme : la marginalité à l'aube des temps modernes », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 2, n°3, p. 337-375.

Geremek Bronislaw, 1987, *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard.

Giuliani Frédérique, 2013, *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Glaser Barney G., Strauss Anselm A., 1967, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin.

Glaser Barney G., Strauss Anselm A., 1975, *Chronic illness and the quality of life*, Saint-Louis, C.V. Mosby Co.

Goffman Erving, 1968 [1961], *Asiles, Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman Erving, 1975 [1963], *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Grand David, 2013, *Aux bords du chez-soi : étude ethnographique des conditions de l'habiter précaire des hébergés*, thèse de doctorat en sociologie, Université Jean-Monnet, Saint-Etienne.

Grossetti Michel, Bessin Marc, Bidart Claire, 2009, *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte.

Guéraud Élie, 2021, « Retour à Lergnes. Les mobilités professionnelles contrariées de jeunes diplômées des Beaux-Arts », *Genèses*, n° 122, p. 107-126.

Guichard-Claudie Yvonne, Kergoat Danièle, Vilbrod Alain (dir.), 2008, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Guillaumin Colette, 1978, « Pratique du pouvoir et idée de nature 1 », *Questions féministes*, n°2, p. 5-30.

Guillou Jacques, 2006, « Y a-t-il une tentative de "putsch" du corps médical sur les S.D.F., les exclus ? », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 151-165.

Gusfield Joseph, 2009, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.

Hacking Ian, 2002, *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond.

Hardy Gabriel, 1994, *La FNARS, 36 ans d'histoire*, FNARS, Paris.

Hassenteufel Patrick, 2011, « Chapitre 4 – La mise en œuvre de l'action publique », in Hassenteufel P. (dir.), *Sociologie politique : l'action publique*, p. 93-114.

Hély Matthieu, 2009, *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, Presses universitaires de France.

Henckes Nicolas, Marquis Nicolas, 2020, « Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie », *Anthropologie & Santé*, n°20.

Hennin Manuel, Pascale Estecahandy, 2022, « Le Logement d'abord : une politique publique généraliste pour répondre largement à la question du sans-abrisme en France », in Chambon N. (dir.), *La politique du Logement d'abord en pratique*, Presses de Rhizome, p. 16-24.

Herzlich Claudine, 1973, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, n°spécial, p. 41-59.

Hochschild Arlie R., 2017 [1983], *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

Hoggart Richard, 1970 [1957], *La culture du pauvre*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Hosking Anne-Sophie, 2011, « L'alibi affectif de l'aide à domicile », *Le Sociographe*, vol. 36, n°3, p. 45-56.

Hughes Everett C., 1958, « The making of a physician », *Men and their Work*, Greenwood Press, Westport, p. 116-130.

Hughes Everett C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Chapoulie J.-M.*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Hurtubise Roch, Laval Christian, 2016, « Le développement du modèle Logement d'abord : un changement de paradigme ? » in Pichon P., Girola C., Jouve E. (dir.), *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.

Hyst Jean-Jacques, Cabanel Guy-Pierre, 2000, *Prisons : une humiliation pour la République, Tomes I et II*, Les Rapports du Sénat, n° 449, Paris, Sénat.

Illich Ivan, 1975, « The medicalization of life », *Journal of Medical Ethics*, n°1, p. 73-77.

Imbault-Huart Marie-José, 1998, « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : une approche historique », in Lebas J., Chauvin P. (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, p. 75-83.

Imbert Jean, 1996, *Les hôpitaux en France*, Paris, Presses universitaires de France.

Ion Jacques, 2005a, « Brève chronique des rapports entre travail social et bénévolat », *Pensée plurielle*, vol. 10, n°2, p. 149-157.

Ion Jacques (dir.), 2005b, « Introduction » in Ion J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La découverte, p. 5-24.

Ion Jacques, Ravon Bertrand, Laval Christian, 2007, « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social », in Génard J.-L., Cantelli F. (dir.), *Action publique et subjectivité, Droit et Sociétés*, n°46, p. 157-168.

Ion Jacques, Tricart Jean-Paul, 1985, « Une entité professionnelle problématique : les travailleurs sociaux », *Sociologie du travail*, vol. 27, n°2, p. 137-153.

Iori Ruggero, Nicourd Sandrine, 2014, « La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale », *Vie sociale*, vol. 8, n°4, p. 101- 112.

Israël Liora, 2012, « L'usage des archives en sociologie », in Paugam S. (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p.167-185.

Izambert Caroline, 2016, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, vol. 58, n°1, p. 89-104.

Izambert Caroline, 2018, *Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours*, thèse de doctorat en Histoire des civilisations, Paris, EHESS.

Janiaut Marilou, 2012, *Protocoliser, évaluer, contrôler : un défi pour le conseiller technique. Les professionnels de la protection de l'enfance à l'épreuve des mutations du social*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Picardie Jules Verne.

Jaeger Marcel, 2012 [2006], *L'articulation du sanitaire et du social : Travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod.

Joubert Michel, 2002, « La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie », *Ethnologie française*, n°1, vol. 32, p. 103-114.

Joubert Michel (dir.), 2003, *Santé mentale, ville et violences*, Toulouse, Érès.

Jounin Nicolas, 2016 [2014], *Voyage de classes. Des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*, Paris, La découverte.

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.

Jovelin Emmanuel, 2007, « Des travailleurs sociaux par défaut », *Hommes et Migrations*, n°1266, p. 20-33.

Juston Morival Romain, 2020, *Médecins légistes. Une enquête sociologique*, Paris, Presses de Sciences po.

Katz Lucia, 2015, *L'avènement du sans-abri. Les asiles de nuit 1871-1914*, Montreuil, Libertalia.

Kitts Antony, 2008, « Mendicité, vagabondage et contrôle social du moyen âge au XIX^e siècle : état des recherches », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. 1, n°1, p. 37-56.

Kovess Vivane, Mangin-Lazarus Caroline, 1999, « The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, n°11, p. 580-587.

Kuehni Morgane, Bovey Laurent, 2018, « En première ligne : le personnel face à la violence dans les établissements socio-éducatifs : une question de genre », *Regards sociologiques*, n°52, p. 121-139.

Laberge Danielle, Roy Shirley, 1994, « Interroger l'itinérance : stratégies et débats de recherche », *Cahiers de recherche sociologique*, n°22, p. 93-112.

Lagrave Rose-Marie, 1987, *Celles de la terre. Agricultrice : l'invention politique d'un métier*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Lagroye Jacques, 2003, « Les processus de politisation », in Lagroye J. (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, p. 359-372.

Lahire Bernard, 2002, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan.

Lahire Bernard, 2006, *La condition littéraire. La double vie des écrivains*, Paris, La Découverte.

Lahire Bernard, 2007, *L'esprit sociologique*, Paris, La Découverte.

Lahire Bernard, 2012, *Monde pluriel, penser l'unité des sciences sociales*, Paris, Seuil.

Lahire Bernard, 2021, « Inégalités sociales et vie augmentée », *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 35-42.

Lallement Michel, 2017, *Histoire des idées sociologiques, de Parsons aux contemporains*, Paris, Armand Colin.

Lanzarini Corinne, 2000, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris, Presses universitaires de France.

Lanzarini Corinne, 2003, « Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale », *Cahiers du genre*, n°35, p. 95-115.

Laporte Anne, Chauvin Pierre (dir), 2010, « Samenta : Rapport sur la santé mentale et sur les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France », *L'Observatoire du Samu social de Paris*, Paris, Inserm.

Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, 2018 [2007], *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.

Laurendeau France, 1983, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. 24, n°2, p. 235-243.

Le Breton David, 2010, « D'une tyrannie de l'apparence : corps de femmes sous contrôle », in Dion M. (dir.), *Éthique de la mode féminine*, Paris, Presses universitaires de France, p. 3-26.

Le Breton David, 2015 [1999], *L'Adieu au corps*, Paris, Éditions Métailié.

Lechevalier Hurard Lucie, Cateau Damien, Bugnon Olivier, Niquille Charrière Anne, Foley Rose-Anna, 2020, « Points de vue d'usagers sur la déprescription de médicaments en maison de retraite », *Gérontologie et société*, vol. 42, n°161, p. 171-189.

Ledoux Clémence, 2013, « Care », in Achin C. Bereni L. (dir.), *Dictionnaire. Genre et science politique. Concepts, objets, problèmes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 79-90.

Le Feuvre Nicky, 2001, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », in Aïach P., (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 197-228.

Le Feuvre Nicky, Guillaume Cécile, 2007, « Les processus de féminisation au travail : entre différenciation, assimilation et "dépassement du genre" », *Sociologies pratiques*, vol. 14, n°1, p. 11-15.

Le Naour Jean-Yves, Valenti Catherine, 2001, « Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n°14, p. 207-229.

Lemercier Élise, 2008, « Travail et femmes migrantes : invisibilisation des qualifications, utilité sociale et parcours d'émancipation », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 27, n°2, p. 12-24.

Lemercier Élise, 2016, « La proximité en prévention spécialisée. Une symétrisation des rapports sociaux dans le travail social ? », in Payet J-P., Purenne A. (dir.), *Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, L'Harmattan.

Lemercier Élise, 2017, « L'"art" de la fugue. Expériences des filles prises en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse », *Agora débats/jeunesses*, n°3, vol. 77, p. 93-107.

Lemercier Élise, 2023, *Étudier les mondes vécus de l'action publique. Le genre, l'origine et l'âge du traitement des expériences de la violence*, habilitation à diriger les recherches en sociologie, Université lumière Lyon 2.

Lemercier Élise, Palomares Élise, 2020, « Devenir éducateur/rice sous contrainte raciale. Enquête sur un secteur associatif aux frontières de la nation », *Politix*, vol. 131, n°3, p. 53-81.

Lemieux Cyril, 2012, « L'écriture sociologique », in Paugam S. (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 377-402.

Lett Coline, 2016, *Le prétexte du vêtement : sociologie du genre au prisme des pratiques vestimentaires*, thèse de doctorat en sociologie, Université Grenoble Alpes.

Levené Thérèse, 2006, « Image de l'exclu et rapport à l'usager en éducation spécialisée », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p.107-118.

Lévy Julien, 2021, *Les « grands exclus » : une catégorie d'exceptions. Évolutions du traitement politique des sans-abri chroniques en France depuis les années 1980*, thèse de doctorat en science politique, Université Grenoble Alpes.

Li Yong, 2016, *Condamnés à réussir : Insertion professionnelle des diplômés chinois en France, nouvelles dynamiques migratoires et identitaires*, thèse de doctorat en sociologie, Université Rouen Normandie.

Lipsky Michael, 1980, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New-York, Russell Sage Foundation.

Longchamp Philippe, Toffel Kevin, Tawfik Amal, Bühlmann Felix, 2020, *L'espace infirmier. Visions et divisions d'une profession*, Neufchâtel, Alphil éditions.

Loretti Aurore, 2020, « "Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut". Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie », *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 33-49.

Loretti Aurore, 2021, *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Lovell Anne, Ehrenberg Alain, 2001, « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », in Ehrenberg A., Lovell A. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 9-39.

Maisondieu Jean, 1997, *La fabrique des exclus*, Paris, Bayard.

Marcillat Audrey, Maurin Marine, 2018, « Singularisation, différenciation : pratiques de la (non)mixité dans l'intervention sociale auprès des personnes sans abri », *Nouvelles Questions Féministes*, n°2, vol. 37, p. 90-105.

Marec Yannick, 2002, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Tome second*, Paris, La Documentation Française.

Marec Yannick, 2012, « Le Bureau d'hygiène de Rouen. La difficile définition du risque sanitaire, 1880-1940 », in Niget D., Petitclerc M. (dir.), *Pour une histoire du risque*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 153-170.

Marec Yannick, Reguer Daniel (dir.), 2013, *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre.

Marpsat Maryse, 1999, « Un avantage sous contrainte. Le risque moindre pour les femmes de se retrouver sans abri », *Population*, n° 54, p. 885-932.

Marpsat Maryse, Firdion Jean-Marie, 1996, « Devenir sans-domicile : ni fatalité, ni hasard », *Population et Sociétés*, n°313.

Marpsat Maryse, Firdion Jean-Marie, 1998, « Sans-domicile à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement », *Sociétés contemporaines*, n°30, 1998, p. 111-155.

Marpsat Maryse, Firdion Jen-Marie (dir.), 2000, « Mode d'hébergement et utilisation des services. Une approche en termes de capitaux », in Marpsat M., Firdion J.-M., *La Rue et le Foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, Presses universitaires de France, p. 287-311.

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.

Marques Ana, 2013, « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique », *Le Sociographe*, vol. 42, n°2, p. 67-77.

Mathieu Arline, 1993, « The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 7, n°2, p. 170-184.

Maurin Éric, 2009, *La peur du déclassement. Une sociologie des récessions*, Paris, Seuil.

Maurin Marine, 2017, *Le genre de l'assistance. Ethnographie comparative de l'accueil des femmes sans-abri (Saint-Etienne/Montréal)*, thèse de doctorat en sociologie et anthropologie politique, Université de Lyon – Université Jean-Monnet - Saint-Etienne.

Maurin Marine, 2021, « Les épreuves identitaires des femmes âgées à la rue », *Retraite et société*, vol. 85, n°1, p. 107-122.

Maurin Marine, Pichon Pascale, Uribelarrea Gabriel, Verbeck Cédric, Vives Lola, 2022, « La Covid-19 et le sans-abrisme. Enquête sociologique sur l'engagement institutionnel et l'éthique de l'action des intervenants du médico-social auprès des sans-abri dans le cadre de l'épidémie (COVABRI) », Compte-rendu final ANR RA-Covid-19, Mémoire scientifique, ENSEIS Centre Max Weber.

Mauss Marcel, 1936, « Les techniques du corps », *Journal de psychologie*, XXXII.

Mayol Séverine, 2014, « L'ordinaire comme commencement du travail sur soi : le cas de la prise en charge des hommes et des femmes sans domicile », *Raison publique*, vol. 18, n°1, p. 109-121.

Moisy Muriel, 2015, « La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°36-37.

Molinier Pascale, 2005, « Le care à l'épreuve du travail - Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in Paperman P., Laugier S. (dir.), *Le souci des autres – Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 299-316.

Monchatre Sylvie, 2018, « Le genre comme compétence. Relation de service, sexuation de l'activité et légitimités au travail », *Regards sociologiques*, n°52.

Morcellet Pierre, 2009, « Effets et actes de soins », *Vie sociale et traitements*, n°1, vol. 101, p. 20-24.

Mougeot Frédéric, 2019, *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse, Érès.

Mozère Liane, 2001, « Comment se configurent les compétences dans un métier au féminin ? Le cas des assistantes maternelles », *Recherches féministes*, vol. 14, n°2, p. 83-114.

Mozère Liane, 2002, « Des domestiques philippines à Paris : un marché mondial de la domesticité ? », *Tiers-Monde*, tome 43, n°170, p. 373-396.

Muel-Dreyfus Francine, 1983, *Le Métier d'éducateur. Les instituteurs de 1900 / Les éducateurs de 1968*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Murard Numa, 2001, « Affreux, sales, méchants et fous : une psychanalyse de clochard », *La quinzaine littéraire*, n° 819, p. 22-23.

Murard Numa, 2003, *La morale de la question sociale*, Paris, La dispute.

Namian Dahlia, 2011, *Vivre, survivre et mourir accompagné : aux frontières de la "vie moindre" »*, thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal.

Niewiadomski Christophe, 2008, « Introduction », Niewiadomski C., Aïach P. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 7-18.

Olivier De Sardan Jean- Pierre, 1995, « La politique du terrain », *Enquête*, n°1, p. 71-109.

Olivier De Sardan Jean-Pierre, 1998, « Émique », *L'Homme*, tome 38, n°147, p. 151-166.

Osty Florence, 2003, *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Paradeise Catherine, 2016, « Comprendre les professions : l'apport de la sociologie », *Sciences humaines*, vol. 139, n°6, p. 197-209.

Parizot Isabelle, 2003, *Soigner les exclus*, Paris, Presses universitaires de France.

Parsons Talcott, 1951a, *The Social System*, New York, Free Press.

Parsons Talcott, 1951b, « Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice », *The social system*, Glencoe, 111, The Free Press, p. 428-480.

Pascal Henri, 2014, *Histoire du travail social en France. De la fin du XIX^e siècle à nos jours*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Passeron Jean-Claude, 1990, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, vol. 31, n°1, p. 3-22.

Paugam Serge, 1991, *La disqualification sociale*, Paris, Presses universitaires de France.

Paugam Serge, 2008, *La pratique de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France.

Paugam Serge, 2012, « S'affranchir des prénotions » in Paugam S. (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 5-26.

Paugam Serge, Duvoux Nicolas, 2013 [2008], *La régulation des pauvres*, Paris, Presses universitaires de France.

Payet Jean-Paul, 2011, « L'enquête sociologique et les acteurs faibles », *SociologieS*.

- Payet Jean-Paul, Giuliani Frédérique, Laforgue Denis, 2008, *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Payet Jean-Paul, Purenne Anaïk (dir.), 2016, *Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, L'Harmattan.
- Pelchat Yolande, Gagnon Éric, Thomassin Annick, 2006, « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et politiques*, n°55, p. 55-66.
- Peneff Jean, 1992, *L'hôpital en urgence, étude par observation participante*, Paris, Métailié.
- Peretti-Watel Patrick, 2006, « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Économie et statistiques*, n°391-392.
- Perraut Soliveres Anne, 2017, « La nuit à l'hôpital, une inversion de la hiérarchie des valeurs dans le soin », Espinasse C. (dir.), *La nuit en question(s)*, p. 202-209.
- Petiau Anne, 2019, « Frontières spatiales, temporelles et professionnelles dans l'accompagnement social et médical des personnes sans abri. Une étude de cas », *Espaces et sociétés*, vol. 176-177, n°1-2, p. 33-51.
- Pichon Pascale, 1995, *Survivre sans domicile fixe. Étude socio-anthropologique sur les formes de maintien de soi*, thèse de doctorat en sociologie, Université Lyon 2.
- Pichon Pascale, 1996, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *Politix*, vol. 9, n°34, p. 164-179.
- Pichon Pascale, 2001, « L'avènement de la reconnaissance publique : je suis SDF », in Savoie E. (dir.), *Les noms que l'on se donne. Processus identitaire, expérience commune, inscription publique*, Paris, L'Harmattan, p.79-101.
- Pichon Pascale, 2002, « Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire », *Communications*, n°73, p. 11-29.
- Pichon Pascale, 2010 [2007], *Vivre dans la rue : Sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne.
- Pichon Pascale, 2019, « Enquêter dans les hébergements et logements assistés. Émergence d'une théorie ancrée du chez-soi », *Espaces et sociétés*, vol. 176-177, n°1-2, p. 69-85.
- Pichon Pascale, Girola Claudia, Jouve Élodie (dir.), 2016, *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*, Saint-Etienne, Presses universitaires de Saint-Etienne.
- Pinçon Michel, Pinçon-Charlot Monique, 2019 [1997], *Voyage en grande bourgeoisie. Journal d'enquête*, Paris, Presses universitaires de France.
- Pinell Patrice, Zafirooulos Markos, 1978, « La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 24, p. 23-49.

Pliez Éric, 2012, « Les personnes à la rue et le logement d'urgence. Pour une nouvelle approche : le logement d'abord », *Esprit*, n°10, p. 109-121.

Pochic Sophie, Brochard Delphine, Chappe Vincent-Arnaud, Charpenel Marion, Demilly Hélène, et al., 2019, « L'égalité professionnelle est-elle négociable ? », *Document d'études DARES*, vol. 1, n°231.

Poirier Mario, 2007, « Santé mentale et itinérance : analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n°2, p. 76-91.

Poliak Claude F., 2007, « Pratiques et univers de consolation. Les écrivains amateurs », in Mauger G. (dir.), *Droits d'entrée. Modalités et conditions d'accès aux univers artistiques*, Paris, Maison des sciences de l'homme, p. 215-250.

Prouteau Lionel, 2017, « Le bénévolat », in Defourny J. et Nyssens M. (dir.), *Économie sociale et solidaire. Socioéconomie du 3^e secteur*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, p. 151-185.

Quétel Claude, 2012, « L'hôpital général », in Quétel C. (dir.), *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, p. 99-130.

Quilliou-Rioual Mikaël, 2021, *Les mutations du genre dans l'action sociale. La mise en place du concept du « couple éducatif », sa logique et son évolution au sein de la Protection de l'enfance*, thèse de doctorat en sociologie, HESAM Université.

Ravon Bertrand, 2006, « Y a-t-il sociologisation de l'intervention psychologique ? », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 241-250.

Ravon Bertrand, Ion Jacques, 2000, [1984], *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.

Ravon Bertrand, Vidal-Naquet Pierre, 2018, « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », *Rhizome*, vol. 67, n°1, p. 74- 81.

Rey Séverine, 2020, « Mixité, trajectoires professionnelles et division sexuée du travail dans les équipes infirmières », *Soins. La revue de référence infirmière*, vol. 65, n°845, p. 40-42.

Rothier Bautzer Eliane, 2016, « Chapitre 2. Une approche sociologique du soin comme travail relationnel », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, vol. 27, n°1, p. 41- 57.

Rouay-Lambert Sophie, 2006, « La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite », *Les Annales de la recherche urbaine*, n°100, p. 136-143.

Rousseau Jean-Jacques, 1971 [1754], *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris, Garnier-Flammarion.

Rullac Stéphane, 2007, *Le débat juridique français concernant le vagabondage et la mendicité depuis 1992. Ethnologie d'un compromis identitaire négocié entre normes et déviances*, thèse de doctorat en anthropologie, Paris, EHESS.

Sahraoui Nina, 2019, « De la précarité du travail émotionnel du care. Les apports d'une philosophie morale féministe à l'analyse de la précarité du travail », *Émulations*, n° 28, p. 31- 35.

Sallée Nicolas, 2012, *Des éducateurs placés sous main de justice. Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse entre droit pénal et savoirs sur l'homme*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Ouest Nanterre.

Sayad Abdelmalek, 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil.

Sayad Abdelmalek, 2006 [1991], *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. 1. L'illusion du provisoire*, Paris, Editions Raisons d'agir.

Scheepers Julien, 2019, « La couleur des compétences », *SociologieS*.

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*, vol. 30, n°1, 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.

Schlegel Vianney, 2021, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail*, vol. 63, n°3.

Schlegel Vianney, 2022, « De chrétiens à professionnels. L'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse (Abej) et la prise en charge des personnes sans domicile (1975-2019) », *Le Mouvement Social*, vol. 280, n°3, p. 99-118.

Schwartz Olivier, 1993, « L'empirisme irréductible », in Anderson N., *Le hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan.

Serre Delphine, 2004, *Désordres familiaux et pratiques d'encadrement : Les assistantes sociales face aux enfants « en danger »*, thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

Serre Delphine, 2008, « Une écriture sous surveillance : les assistantes sociales et la rédaction du signalement d'enfant en danger », *Langage et société, la Maison des sciences de l'homme*. vol. 4, n°126, p. 39-56.

Sicot François, 2001, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan.

Simmel Georg, 2011 [1907], *Les pauvres*, Paris, Presses universitaires de France.

Simonet Maud, 2010, *Le Travail bénévole. Engagement citoyen ou travail gratuit ?* Paris, La Dispute.

Simonet Maud, 2012, « Chapitre 11 - Le monde associatif : entre travail et engagement », in Alter N. (dir.), *Sociologie du monde du travail*, Paris, Presses universitaires de France, p. 195- 212.

Snow David A., 1986, « The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless », *Social Problems*, n°33, vol. 5, p. 407-423.

Sonnet Martine, 2005, « Présentation du dossier », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 7-15.

Soulié Charles, 1997, « Le classement des sans-abri », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 118, p. 69-80.

Soutrenon Emmanuel, 2005, « Offrons-leur l'asile ! Critique d'une représentation des clochards en "naufragés" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 159, n°4, p. 88-115.

Spire Alexis, 2005, *Étrangers à la carte : l'administration de l'immigration en France (1945-1975)*, Paris, Grasset.

Spire Alexis, 2007, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 4, n°169, p. 4-21.

Strauss Anselm, 1992, *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*, Paris, L'Harmattan.

Strohl Hélène, Lazarus Antoine, 1995, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Délégation interministérielle au RMI.

Suand Charles, 1975, « L'imposition de la vocation sacerdotale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n°3, p. 2-17.

Szasz Thomas Stephen, 1961, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, Dell publishing co.

Thalineau Alain, 2002, « L'hébergement social : espaces violés, secrets gardés », *Ethnologie française*, n°1, vol. 32, p. 41- 48.

Thiery Nathalie, 2008, « Femmes hébergées et professionnels. Regards croisés sur la parentalité en CHRS : Quelles interventions socio-éducatives ? », *Vie sociale*, n°2, p. 45-53.

Topalov Christian, 1994, *Naissance du chômeur. 1880-1910*, Paris, Albin Michel.

Tronto Joan, 2009 [1993], *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

Uribe Larrea Gabriel, 2020, *Le souci des patients sans abri. Enquêter sur la relation de soins entre le monde médical et le monde de l'assistance*, thèse de doctorat en sociologie, Université Jean Monnet - Saint-Etienne.

Uribe Larrea Gabriel, 2021, « La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé », *Retraite et société*, vol. 1, n° 85, p. 43-59.

Uribelarrea Gabriel, Jouve Elodie, 2017, « Chronique d'une ethnographie coopérative. Retour sur une enquête embarquée dans un établissement médico-social », *Recherches Qualitatives*, vol. 36, n°2, p. 112-132.

Valot Laurent, Di Prima Umberto, 2008, « Compétences infirmières auprès d'un public en grande précarité », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 93, n°2, p. 25-27.

Vassy Carine, 2004, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, n°2, vol. 32, p. 67-74.

Véga Anne, 1997, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n°3, p. 103-132.

Véga Anne, 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

Verdès-Leroux Jeannine, 1976 « Pouvoir et assistance : cinquante ans de service social », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 2, n°2-3, p. 152-172.

Verdès-Leroux Jeannine, 1978, *Le travail social*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Vexliard Alexandre, 1998 [1957], *Le clochard. Étude de psychologie sociale*, Paris, Desclée de Brouwer.

Veziat Nadège, 2013, « De la cravate au tailleur : la féminisation sans l'égalité au sein de la Banque postale », *Sociologie du travail*, vol. 55, n°1, p. 76-96.

Veziat Nadège, 2016, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, Armand Colin.

Veziat Nadège, 2021, « Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ? », *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 293-304.

Vigarello Georges, 1985, *Le Propre et le Sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil.

Viguié Frédéric, 2020, *La cause des pauvres en France*, Paris, Presses de Sciences Po.

Vincent Gérard, 2005, « Les réformes hospitalières », *Revue française d'administration publique*, vol. 113, n°1, p. 49-63.

Vrancken Didier, 2006, « Psychologisation ou transformation des modes de traitement social de la "question sociale" ? », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 25-34.

Vrancken Didier, Macquet Claude, 2006, *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société ?* Paris, Belin.

Vrancken Didier, 2012, « Le travail social serait-il devenu une profession ? Quand la "prudence" s'invite au cœur d'un vieux débat », *Pensée plurielle*, vol. 30-31, n°2-3, p. 27-36.

Vuattoux Arthur, 2013, « Penser les masculinités », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 58, n°1, p. 84-88.

Vuattoux Arthur, 2016, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire : Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*, thèse de doctorat en sociologie, Sorbonne Paris Cité.

Vuattoux Arthur, 2019, « Le traitement sanitaire de l'adolescence confrontée à la justice : une approche intersectionnelle », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, n°2, p. 5-29.

Weill Pierre-Édouard, 2014, « Quand les associations font office de street-level bureaucracy. Le travail quotidien en faveur de l'accès au droit au logement opposable », *Sociologie du travail*, vol. 56, n°3, p. 298-319.

Wittorski Richard, 2008, « La professionnalisation », *Savoirs*, vol. 17, n°2, p. 9-36.

Wolff Valérie, 2018, *La précarité en urgence. Mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Yaouancq Françoise, Duée Michel, 2014, « Dossier - Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations », France, portail social.

Yaouancq Françoise, Lebrère Alexandre, Marpsat Maryse, Régnier Virginie, Legleye Stéphane, Quaglia Martine, 2013, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 », *Insee Première*, n°1455.

Zappi Lola, 2019, *Le service social en action : assistantes sociales et familles assistées dans le cadre de la protection de la jeunesse à Paris dans l'entre-deux-guerres*, Paris, Institut d'Études Politiques.

Zola Irving Kenneth, 1972, « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review*, n° 20, p. 487-504.

Zolesio Emmanuelle, 2009, « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie », *Travail, genre et sociétés*, vol. 22, n°2, p. 117-133.

Zolesio Emmanuelle, 2013, « Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens », Schepens F. (dir.), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Érès, p. 91-104.

Annexes

Annexe 1 : Négociation de l'accès au terrain

Au début de la négociation du terrain, j'ai tout d'abord sollicité un des deux chefs de service du foyer du père Virgile, avec qui j'avais déjà réalisé un entretien sociologique durant mon terrain de master. Ce chef de service a soutenu une thèse en sociologie. Pour cela, il me semblait être un interlocuteur privilégié pour que ma demande aboutisse. Après avoir eu un rendez-vous avec lui au cours duquel je lui ai exposé mon projet de recherche et mon souhait de venir plusieurs mois au sein du centre d'hébergement d'urgence (CHU), il a approuvé ma démarche et m'a assuré de son soutien. Ma venue était toutefois conditionnée à plusieurs éléments : l'accord du directeur général de l'association, la création d'une convention m'assurant légalement dans le cadre de ces observations, et l'accord de l'équipe du CHU ainsi que des personnes hébergées.

J'ai donc transmis ma demande au directeur général avec le soutien de ce chef de service. Après plusieurs mails et semaines d'attente pour obtenir des réponses, nous nous sommes rencontrés. Je ne connaissais pas ce directeur général, car il venait de prendre son poste au sein de l'association. Pour mon mémoire de master, j'avais également eu à rencontrer le directeur de l'époque. J'avais eu à négocier un projet de recherche qui ne semblait pas particulièrement l'emballer. J'avais dû expliciter à plusieurs reprises que ma perspective d'analyse n'était pas critique, mais compréhensive. Malgré ses réticences, j'avais obtenu un accord pour deux raisons : tout d'abord parce que je bénéficiais du soutien du chef de service du CHRS de la SRAS qui m'avait accordé sa confiance dans le cadre de ce projet de recherche, mais également, parce que ce directeur avait lu mon mémoire d'éducatrice spécialisée, réalisé dans l'association, et m'avait dit avoir apprécié mon écriture et le ton de mon écrit. Il m'avait donc semblé, lors de cette première négociation, que c'était mon statut de travailleuse sociale, sensible aux préoccupations de terrain, qui avait rendu possible ce travail ethnographique.

Pour cette rencontre avec le nouveau directeur général, j'anticipais donc certaines de ses craintes, et quelles étaient mes cartes à jouer. L'accueil que j'ai reçu fut tout à fait chaleureux : nous avons pris un café et le ton fut bienveillant. Je lui fis part de mes expériences dans l'association et de mon travail de master. Je lui ai expliqué que j'avais organisé un temps d'échanges à l'issue de mon mémoire avec les professionnels de la SRAS, durant lequel j'avais

fait une présentation et nous avons débattu de plusieurs sujets. Le directeur a trouvé cette démarche intéressante et rassurante, en ajoutant toutefois regretter de ne pas y avoir été invité. Malgré la bienveillance de cette rencontre, ce moment fut une mise à l'épreuve. Je reçus tout d'abord des flatteries, sur mon parcours et sur mon « *courage* » de réaliser une thèse. Il me compara à lui, et à la plupart des chefs de service, qui ne sont pas titulaires d'un doctorat. Visiblement, mon statut de doctorante était plus impressionnant que celui de mastérante. Si mon projet était considéré comme tout à fait sérieux, j'ai pu être alertée sur le fait que ce statut de doctorante était potentiellement menaçant pour les acteurs rencontrés. Le travail social n'est pas un secteur imperméable à la sociologie. Plus précisément, la sociologie occupe une position dominante vis-à-vis du travail social. La sociologie écrit, observe et parfois critique le travail social. En revanche, rares sont les travailleurs sociaux sans formation universitaire complémentaire à écrire sur leur propre domaine. Il me fallait prendre cette donnée en considération.

Lors de cet échange, j'ai donc présenté mon souhait de réaliser un travail ethnographique au sein du foyer du père Virgile, pour saisir les enjeux de la prise en charge de la santé des personnes accueillies en centres d'hébergement. Cependant, mon objet de recherche, sans doute confus à l'époque, s'est trouvé en partie rediscuté et réorienté selon les souhaits du directeur général. Son intérêt sur la santé portait, lui, sur la question du travail coopératif entre les acteurs sociaux et médicaux. Cette question est en effet largement véhiculée par les financeurs de l'association, promouvant le décloisonnement entre les secteurs sociaux et médicaux. J'ai alors argumenté que cette réalité était prise en compte dans mon travail, avant tout pour ce qu'elle implique au quotidien pour les professionnels. J'ai précisé le peu d'études existantes prenant en compte les pratiques et les débats entre les professionnels à ce sujet, ce à quoi j'ai ajouté regarder avec attention « *les frontières entre les groupes professionnels* ». Ces éléments ont convaincu le directeur qui m'a répondu « *ah là, vous m'intéressez !* ». Mon argumentation s'arrêta ici, et le directeur général commença à réorienter mon travail sur ce qui l'intéressait plus précisément. Il m'expliqua que l'association était actuellement dans une période importante – justement concernant les questions de santé –, car elle venait de déposer, le jour même, une réponse à un appel à projets à l'ARS pour la création des LAM. À son sens, il serait très intéressant pour moi de voir la mise en place de ce nouveau dispositif. Il m'orienta donc vers un autre chef de service, responsable du pôle santé de l'association. Confuse par rapport à sa proposition qui réorientait mon objet d'étude et m'écartait de ma demande initiale d'observer

le foyer du père Virgile, j'ai suivi sa demande de rencontrer cette personne, que je connaissais en amont par mes expériences professionnelles.

Ce chef de service s'est montré enthousiaste et à l'écoute de mon projet. Je lui ai précisé mon intérêt pour l'étude des centres d'hébergement, et notamment pour le foyer du père Virgile, bien que l'actualité de l'association fût tentante à observer. Nous sommes convenus qu'il était sans doute possible de regarder les deux. Lui-même était en train de réaliser un mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État d'ingénierie sociale (DEIS), dans le cadre duquel il menait des entretiens notamment. Sensible à la démarche de recherche et à la sociologie, ce chef de service a été soutenant tout au long de mon travail de terrain. J'ai d'ailleurs rapidement gagné sa confiance, puisqu'il m'a très vite parlé des conflits présents au sein de son équipe entre « *les sociaux* » et « *les soignants* ». « *Il y a matière !* », m'avait-il précisé après l'exposé de mon sujet.

J'ai donc joint par téléphone le directeur général, et l'ai informé de ce compromis. Lui exprimant mon intérêt pour l'étude de la mise en place des LAM, je lui ai signifié que je ne pouvais cependant pas me cantonner à cela, dans la mesure où j'étais financée pour étudier des centres d'hébergement. Comme l'indiquent Stéphane Beaud et Florence Weber, se rapprocher de son statut d'étudiante et des contraintes qui y sont liées constitue une astuce pour obtenir gain de cause dans la négociation du terrain (Beaud, Weber, 1997). Le directeur manifesta quelques réticences : étudier le FPV était pour lui « *trop fermé* » par rapport à mon sujet. Cependant, il ne s'y opposa pas fermement et délégua les détails de mon intégration sur le terrain au chef du pôle santé, que j'avais convaincu de l'intérêt de l'étude du foyer du père Virgile. Avec du recul, il me semble assez clairement qu'il était plus intéressant pour le directeur général de me donner à voir le nouveau projet des LAM, plus valorisant pour l'association que le foyer du père Virgile.

Annexe 2 : Lieux et durées des observations

Observations principales

<u>Lieu</u>	<u>Durée</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Période</u>
CHRS de la SRAS (master)	14 semaines	3 à 4 jours par semaine	Juin – septembre 2017
Pôle santé	3 semaines	3 à 4 jours par semaine	Novembre 2018
Foyer du père Virgile	11 semaines	3 à 4 jours par semaine	Décembre – mars 2018 - 2019
Foyer d'hébergement pour femmes (CHU et CHRS des Peupliers)	8 semaines	4 jours par semaine	Avril – mai 2019
CHRS des Rivières / LAM	8 semaines	4 jours par semaine	Octobre – décembre 2019

Observations ponctuelles

<u>Description</u>	<u>Lieu</u>	<u>Date</u>
Journée avec les auxiliaires de vie (master)	SRAS	20/09/2017
Journée avec une auxiliaire de vie	Pôle santé	15/10/19
Porte ouverte de la SRAS en direction des EHPAD et des RPA (et réunions de préparation)	FPV - SRAS	23/05/19
Assemblée générale d'Envol (et temps de préparation)	Les Érables	20/06/19
Journée à la PASS	CHU de la ville	17 mai 2019
Après-midi au CAARUD	CAARUD	30/04/19

3 jours au centre d'hébergement rural d'Envol	Les Érables	10/09/10 11/09/19 13/09/19
« Gymnase » plan grand froid	« Gymnase » de la ville	Mars 2020
Visite et entretien informel dans une autre association		Mars 2020
Journée partenariale du réseau santé-précarité		Juin 2023

Réunions ¹	Lieu	Date
Réunion équipe mobile (x2)	Pôle santé	13/ 06/ 2019 5/09/19
Réunion réseau santé précarité (x5)	Envol	2019 à 2023
Réunion « collectif du social en colère »	Autre association de la ville	15/03/2021
Réunion projet stratégique	Pôle santé	13/12/18
Réunion LHSS (x3)	Pôle santé	7/2/19 28/02/19 11/07/19
Réunion de pôle santé	Pôle santé	7/2/19 4/07/19 19/09/19
Réunion projet territorial de santé mentale	ARS	23/04/2019
Commissions d'admissions CHRS (x12)	SIAO	Novembre 2018 à mars 2020

¹ Ce récapitulatif ne prend pas en compte les réunions hebdomadaires dans les établissements auxquelles j'ai participé.

Commission d'admission pension de famille (x5)	SIAO	10/10/18 14/11/18 12/12/18 13/02/19 10/07/19
Commission harmonisation médico-sociale (x2)	ARS	Février 2019 Mai 2019

Annexe 3 : Récapitulatif des entretiens avec les professionnels

	Prénom (pseudonymisé)	Statut professionnel	Durée	Établissement	Thèse ou mémoire
1	Pape	Travailleur social non diplômé	1h50	Virgile	Thèse
2	Charlotte	Éducatrice spécialisée	1h31	Virgile	Thèse
3	Vanessa	Éducatrice spécialisée	56mn	Virgile	Thèse
4	Jean-François	Travailleur social non diplômé	1h33	Virgile	Thèse
5	Gaëtan	Moniteur- éducateur	1h09	Virgile	Thèse
6	Marie	Infirmière	1h43	Virgile	Thèse
7	Jérémy et Aline	Travailleur social non diplômé Éducatrice spécialisée	1h53	Virgile	Thèse
8	Yann	Chef de service	1h20	Virgile	Thèse
9	Axelle	Éducatrice spécialisée	1h21	Virgile	Thèse
10	Lola	Éducatrice spécialisée	52 mn	Virgile	Thèse
11	Harold	Chef de service	1h55	Virgile	Thèse
12	Sacha	Chargé de mission	1h35	Pôle santé	Thèse

13	Laurence	Travailleuse sociale non diplômée	1h02	Centre d'hébergement pour femmes	Thèse
14	Manon	Éducatrice spécialisée	1h13	Centre d'hébergement pour femmes	Thèse
15	Adelaïde	DUT carrières sociales	1h06	Centre d'hébergement pour femmes	Thèse
16	Christine	Éducatrice de jeunes enfants	1h17	Centre d'hébergement pour femmes	Thèse
17	Judith	Cheffe de service	47	CHRS Les Rivières	Thèse
18	Alicia	Éducatrice technique spécialisée	47	CHRS Les Rivières	Thèse
19	Hugues	Éducateur spécialisé	1h44	CHRS Les Rivières	Thèse
20	Louise	Éducatrice spécialisée	57 mn	CHRS Les Rivières	Thèse
21	Morgane	Éducatrice spécialisée	1h17	CHRS Les Rivières	Thèse
22	Renaud	Éducateur spécialisé	1h01	CHRS Les Rivières	Thèse
23	Claude	Travailleur social non diplômé – ancien chef de service de la SRAS	1h13	SRAS / service d'insertion	Thèse
24	Anne	Infirmière	1h08	SRAS	Thèse

25	Florent et Anaëlle	Éducateurs spécialisés	2H	Pension de famille – autre association	Thèse
26	Martine et Bernard	Moniteurs-éducateurs	1h35	Le Relais	Thèse
27	Paul Renaud	Médecin	1h12	Service de soins palliatifs	Thèse
28	Anne-Marie	Assistante sociale	1h20	Hôpital psychiatrique	Thèse
29	Jules Delamare	AMP faisant fonction d'aide-soignant	51mn	Service de soins à domicile	Thèse
30	Joël Martin	Membre du CA	58 m	Envol	Thèse
31	Gaspard Lemoine	Membre du CA et ancien salarié	47 mn	Envol	Thèse
32	Harold	Chef de service	1h33	Virgile	Master
33	Christophe	Travailleur social non diplômé	1h29	Pôle santé	Master
34	Lynda	Conseillère en économie sociale et familiale	1h27	SRAS	Master
35	Robin	Travailleur social non diplômé	1h05	SRAS	Master
36	Marine	Assistante de service social	1h13	SRAS	Master
37	Adama	Moniteur-éducateur	1h07	SRAS	Master
38	Dominique	Infirmière	1h01	SRAS	Master
39	Arnaud	Chef de service	1h07	SRAS	Master

40	Yassin	Travailleur social non diplômé	1h13	SRAS	Master
41	Henri	Conseiller économie sociale et familiale	58mn	SRAS	Master
42	Habib	Travailleur social non diplômé	1h	SRAS	Master
43	Ludovic	Travailleur social non diplômé	1h08	SRAS	Master
44	Hélène	Infirmière	1h10	SRAS	Master
45	Richard	Infirmier psychiatrique à la retraite	1h51	Retraité de l'association	Master
46	Aurore Petit	Assistante sociale de formation	1h39	DDCS – responsable des pensions de famille	Master
47	André Lefèvre	Médecin généraliste	45mn	Médecin libéral	Master
48	Stéphane	Psychologue	1h18	EMPP	Master
49	Sidonie	Infirmière	55mn	EMPP	Master
50	Thierry Liquert	Cadre de santé	45mn	Hôpital psychiatrique	Master
51	Clotilde	Éducatrice spécialisée	1h05	EHPAD	Master
52	Aurore Madec	Médecin addictologue	49 mn	CHU	Master

Annexe 4 : Récapitulatif des entretiens avec les hébergés

	Prénom (pseudonymisé)	Durée	Établissement
1	Joseph	2h	Virgile
2	Samuel x2	53 mn	Virgile
3		39 mn	Virgile
4	Joël	1h	Virgile
5	Patrick	3h	Virgile
6	Yvon	29mn	Virgile
7	Jean-Michel	40mn	Virgile
8	Luc	1h30	Virgile
9	Daniel	43mn	Virgile
10	Farid	40mn	Virgile
11	Gabriel	51mn	Virgile
12	Pierre	1h	Virgile
13	Aicha	25mn	Centre d'hébergement pour femmes
14	Madeleine	48mn	Centre d'hébergement pour femmes
15	Emy	49mn	Centre d'hébergement pour femmes
16	Florane	31mn	Centre d'hébergement pour femmes
17	Annick	1h08	Centre d'hébergement pour femmes
18	Fatou	20mn	Centre d'hébergement pour femmes

19	Malia	29mn	Centre d'hébergement pour femmes
20	Marc	45mn	CHRS Les Rivières
21	Kévin	1h17	CHRS Les Rivières
22	Elian	36mn	CHRS Les Rivières
23	Joffrey	36mn	CHRS Les Rivières
24	Bryan	1h02mn	CHRS Les Rivières
25	Medhi	1h20mn	LAM
26	Arnold	58mn	SRAS (master)

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des professionnels des centres d'hébergement étudiés

	FPV	SRAS	CENTRE D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES - LES PEUPLIERS	CHRS DES RIVIÈRES	TOTAL
Nombre de travailleurs sociaux	11	8	14	8	41
<i>Dont hommes</i>	6	6	2	3	17
<i>Dont femmes</i>	5	2	12	5	24
<i>Dont diplômés du travail social</i>	6	4	10	8	28
<i>Dont non diplômés du travail social</i>	5	4	4	0	13
<i>Dont moins de 35 ans</i>	6	2	3	4	15
<i>Dont plus de 35 ans</i>	5	6	11	4	26

Notes concernant ce tableau :

Ce tableau ne prend en compte que les professionnels salariés avec un contrat de travail stable, ce qui exclut les stagiaires et les remplaçants. Ce tableau ne prend pas non plus en compte les infirmières, chefs de service, et les personnels administratifs. Il a vocation à donner une vue d'ensemble des équipes éducatives à un instant précis.

Table des matières

LISTE DES SIGLES.....	13
INTRODUCTION GENERALE	17
ENTRE CONCURRENCE ET INSUFFISANCES : LES CENTRES D’HEBERGEMENT DESTABILISES.....	19
SANS-ABRISME ET SANTE : AU PROLONGEMENT D’UNE LITTERATURE FOISSONNANTE.....	24
UNE SOCIOLOGIE DE LA SANITARISATION DU SOCIAL	29
REPLACER LA SANTE AU CŒUR DE RAPPORTS SOCIAUX INEGALITAIRES.....	36
ANNONCE DU PLAN	40
CHAPITRE 1. ENQUETER : UNE <i>INSIDER</i> EN CENTRES D’HEBERGEMENT	43
I. DES SOCIALISATIONS FAMILIALES A UNE SOCIALISATION PROFESSIONNELLE.....	44
II. LES LIEUX ET LES ETAPES DE L’ENQUETE.....	49
1. L’incontournable foyer du père Virgile.....	49
2. L’ethnographie en escalier.....	51
3. Les matériaux complémentaires	54
4. Confinement et « désengagement ethnographique ».....	54
III. LES OUTILS DE L’ETHNOGRAPHIE	56
1. Les observations	56
2. Les entretiens semi-directifs.....	58
3. Les archives	62
IV. S’INTEGRER AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES HEBERGES.....	63
1. « <i>T’inquiète, Chloé elle dira rien</i> » : gagner la confiance des hébergés	63
2. Une sociologue parmi les professionnels	67
V. ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE.....	70
1. Un principe de sincérité.....	70
2. Le consentement à l’enquête	72
3. De pouvoir enquêter au pouvoir de l’enquêtrice	74
4. Enjeux de l’écriture scientifique.....	77
CONCLUSION	78
SECTION 1. LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION SANITAIRE DES SANS-ABRI 81	
CHAPITRE 2. PAUVRES OU MALADES ? L’HISTOIRE D’UNE DISTINCTION.....	85
I. DES BONS ET DES MAUVAIS PAUVRES : AUX FONDEMENTS D’UN TRAITEMENT DIFFERENCIE	86
1. La naissance du vagabond	86
2. L’hôpital et les pauvres.....	87

3.	Judiciarisation et médicalisation du vagabondage.....	89
II.	LA CHARITE HOSPITALIERE DE NUIT : RAPATRIER L'HOSPITALITE VERS L'ASSISTANCE.....	91
1.	La morale religieuse	93
2.	La morale du travail.....	96
3.	La morale hygiéniste.....	97
III.	ÉMANCIPER LE SOCIAL DU MEDICAL	101
1.	La réadaptation par le travail	102
2.	L'affirmation médicale de l'hôpital.....	107
3.	La posture éthylque, pied de nez à la psychiatrie	109
4.	La bobologie, ce qu'il reste de la charité.....	113
	CONCLUSION	118
	CHAPITRE 3. LA CONSTRUCTION D'UN CREDO ASSOCIATIF SOCIO-SANITAIRE.....	119
I.	URGENCE SOCIALE, URGENCE SANITAIRE	120
1.	Accueillir tout le monde : un credo associatif fondé sur la symétrie	120
2.	Lutter contre la clochardisation : légitimer une intervention d'urgence.....	125
II.	REPENSER L'INSERTION	132
1.	Le RMI : de l'injonction au travail à l'injonction aux soins.....	132
2.	La demande d'hébergement cache toujours quelque chose.....	137
III.	LA SRAS : POINT D'ORGUE DU CREDO ASSOCIATIF SOCIO-SANITAIRE	141
1.	De Virgile à la SRAS.....	141
2.	Un CHRS alternatif, symbole d'un âge d'or	143
	CONCLUSION	147
	CHAPITRE 4. LE TEMPS DE LA FRAGILISATION : « L'EXCLUSION "NE NOUS APPARTIENT PLUS" COMPLETEMENT »	151
I.	LA MEDICALISATION DU PROBLEME PUBLIC DU SANS-ABRISME : ENTRE CONTRIBUTIONS ET RESISTANCES	152
1.	Politiser la santé des sans-abri	152
2.	Les lits infirmiers : s'adapter ou marginaliser ?	155
3.	Le désengagement médical.....	161
4.	La structuration sanitaire d'un espace social	164
5.	La sanitarisation... et ses vigilances.....	168
II.	LA DESUETUDE DES CENTRES D'HEBERGEMENT COLLECTIF.....	172
1.	L'humanisation et la stabilisation : changement de cap dans l'urgence sociale.....	172
2.	L'impossible Housing-First	178
3.	Les LAM : la sanitarisation comme condition de survie de l'association ?	181

CONCLUSION	188
CONCLUSION DE LA SECTION	191

SECTION 2. LA MATÉRIALITÉ DU SOIN : TRAVAILLER AU SEIN DU MONDE DE L'ASSISTANCE..... 195

CHAPITRE 5. DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES SOCIALES EN CENTRES D'HEBERGEMENT 199

I. L'UNITE (RELATIVE) DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EN CENTRES D'HEBERGEMENT	202
1. Une proximité politique et culturelle.....	203
2. Hériter du travail social et partager sa vie avec quelqu'un du métier	208
3. En venir à travailler « avec les gens de la rue ».....	211
II. « LA BOUCLE D'OREILLE, LE SYNDICAT ET LA GRANDE GUEULE » : UN BASTION PROFESSIONNEL MASCULIN.....	215
1. Les deux figures des héritiers de l'histoire.....	216
2. L'esprit « cow-boy » des bâtisseurs.....	221
3. La qualification des animateurs sociaux.....	225
4. Les nouveaux héritiers ? Les jeunes hommes en centres d'hébergement	228
III. « UN PEU DE DOUCEUR DANS CE MONDE DE BRUTES » : LA FEMINISATION DES CENTRES D'HEBERGEMENT.....	233
1. Les pionnières : des femmes chez les hommes	233
2. Vocation et diplôme, des logiques genrées.....	240
3. Être disposée à prendre soin	244
4. Neutraliser le genre ? Des jeunes femmes pas trop féminines	247
5. « L'amour dure trois ans »	252
CONCLUSION	255

CHAPITRE 6. AVEC OU SANS BLOUSE : ETRE SOIGNANTE AU SEIN DU MONDE DE L'ASSISTANCE 259

I. RENDRE LA BLOUSE : ETRE INFIRMIERE EN CENTRE D'HEBERGEMENT.....	260
1. Faire corps ?.....	260
2. Les « relationnelles » et les « techniciennes ».....	265
3. La mise à distance de l'hôpital	273
4. Le désenchantement du social	276
II. PORTER LA BLOUSE : LA SOUS-TRAITANCE DE LA GESTION DES CORPS.....	282
1. Le sale boulot : entre valorisation et délégation	282
2. Des professionnels du domicile... en collectivité	289
3. « Je déteste qu'on nous appelle des femmes de ménage, déjà on fait les douches ! » : la valorisation du travail de care	291
4. Le care a ses contraintes, que la raison ignore	296

CONCLUSION	299
CHAPITRE 7. PARTAGE DU SOIN ET FRONTIERES AU TRAVAIL	303
I. « <i>TOUT LE MONDE SOIGNE ICI !</i> » : LE PARTAGE DU <i>CARE</i>	305
1. D'un souci commun à une prise en charge partagée	306
2. Prendre soin : de la sensorialité du travail de care.....	311
3. Glissements de tâches et porosité des rôles professionnels.....	318
II. ENTRE DOMINATION ET COOPERATION : LE SOIN AUX SANS-ABRI COMME ORDRE NEGOCIE.....	323
1. « <i>Gardez bien votre place d'éducateur, nous on est les médecins</i> » : de l'impérialisme médical	324
2. Symétriser la prise en charge de la santé.....	330
III. DIVISER POUR MIEUX SOIGNER ?.....	337
1. La désynchronisation du social et du sanitaire	337
2. La délégation du travail émotionnel	342
3. Des divisions parmi les travailleuses et travailleurs sociaux.....	349
CONCLUSION	356
CONCLUSION DE LA SECTION	359
SECTION 3. L'INCORPORATION DU SOCIAL : DU TRAITEMENT INSTITUTIONNEL DE LA SANTE DES HEBERGES	363
CHAPITRE 8. DETERMINER LES « CAS PSY » : LES RESSORTS SOCIAUX DE L'ETIQUETAGE PATHOLOGIQUE	367
I. TOUS MALADES ?.....	369
1. La présomption pathologique des hébergés.....	369
2. Adhérer à la « culture psychologique ».....	372
3. Produire une dualité entre le normal et le pathologique	375
II. LE PASSE ET L'ESPACE AUX FONDEMENTS DE L'ETIQUETAGE PATHOLOGIQUE	379
1. Le poids des antécédents psychiatriques	379
2. La souillure et l'habiter comme argument pathologique.....	382
III. LA NON-CONFORMITE AU ROLE SOCIAL D'HEBERGE.....	385
1. Du menteur au manipulateur : remettre en cause l'injonction à l'authenticité.....	387
2. Subvertir le travail social.....	390
3. Des socialisations différenciées au rôle social d'hébergé.....	394
IV. LA PATHOLOGISATION AU PRISME DU GENRE	400
1. Réguler les masculinités déviantes	400
2. Conjugalité, sexualité et maternité déviantes : la pathologisation au féminin	405
CONCLUSION	411

CHAPITRE 9. ACCOMPAGNER : SOCIALISER LES HEBERGES A PRENDRE SOIN DE LEUR SANTE	415
I. LA PLACE DE LA SANTE DANS LES ACCOMPAGNEMENTS	416
1. « <i>La santé, le boulot, et le logement</i> » : la santé comme prérequis à l’insertion	416
2. Le dernier registre du social	422
II. LA NORMALISATION DES CORPS	426
1. Se soigner, ou la mise au travail des hébergés.....	426
2. La coercition aux soins	431
3. « <i>Les faire beaux</i> », normaliser les corps en douceur ?	434
III. SYMETRISER L’ACCOMPAGNEMENT : UNE INSTITUTION « ENVELOPPANTE »	439
1. Renoncer à la contrainte	439
2. Le travail relationnel comme travail d’ajustement.....	442
3. Se mettre à la place de l’accueilli	445
IV. DU VECU INSTITUTIONNEL PAR LES HEBERGES	448
1. Le vécu temporel entre adhésion et distance à l’institution.....	448
2. De la prise de distance à l’emprise sanitaire.....	452
3. La préservation de soi en centre d’hébergement	457
CONCLUSION	461
CHAPITRE 10. ÊTRE MALADE EN CENTRE D’HEBERGEMENT : DU TRAITEMENT INEGALITAIRE DES AFFECTIIONS SANITAIRES.....	465
I. LES AFFECTIIONS SANITAIRES : UN ACCELERATEUR DANS L’ACCES A L’HEBERGEMENT ?	467
1. « <i>Les fous et les clodos d’abord</i> » ? La vulnérabilité dans l’administration des demandes d’hébergement d’urgence.....	467
2. Les « accueils à la porte » : un pouvoir discrétionnaire légitimant les atteintes sanitaires	471
3. La supplique des hébergés.....	477
4. Au-delà de l’hébergement d’urgence : des effets discriminants de l’atteinte sanitaire dans l’accès à l’hébergement pérenne	481
II. DES CONDITIONS DE SOIN DISCRIMINANTES.....	485
1. N’avoir sa place nulle part : aux interstices du social et du médical.....	486
2. Le vieillissement des sans-abri : l’habiter au croisement des inégalités de classe et d’âge	490
3. La « surmédicalisation » des hébergés	493
III. DES INEGALITES DE TRAITEMENT DE LA SANTE PARMIS LES HEBERGES.....	496
1. « <i>Ça c’est notre vrai public !</i> ».....	496
2. Sans-abri sans-papiers, moins accompagnés ?	504
3. La présomption d’autonomie des femmes sans-abri	509
CONCLUSION	516
CONCLUSION DE LA SECTION	521

CONCLUSION GENERALE	527
LES APPORTS PRINCIPAUX D'UNE ETHNOGRAPHIE ASSOCIATIVE	528
PROLONGER L'ANALYSE DE LA REDEFINITION SANITAIRE DU SANS-ABRISME PAR LE SOCIAL	535
PERSPECTIVES DE RECHERCHE POUR PENSER LE SOIN DANS DES ESPACES ET DES TEMPORALITES INVISIBILISES	541
BIBLIOGRAPHIE	547
ANNEXES	577
TABLE DES MATIERES	591
RESUME	597

Résumé

Cette recherche inductive, menée au sein de différents centres d'hébergement destinés à accueillir des personnes sans-abri, part du constat que les enjeux tenant à la santé occupent une place centrale dans ces espaces relevant traditionnellement du travail social. En réalisant la monographie d'une association du nord-ouest de la France disposant d'un des plus vieux asiles de nuit de France, la thèse vient interroger le renouvellement des frontières entre le social et le sanitaire. En l'espace d'un siècle, le sans-abri est passé d'un individu dont la société cherchait à se protéger à une personne qu'il convient de secourir. On sait toutefois peu de choses sur la façon dont les travailleurs sociaux, historiquement engagés dans la prise en charge de ces personnes, se sont emparés de la redéfinition de cette question sociale. Cette ethnographie, menée en position d'*insider* en tant qu'ancienne éducatrice spécialisée, analyse alors « par le bas » la redéfinition sanitaire – conceptualisée comme un processus de sanitarisation – de la prise en charge des sans-abri, en interrogeant à quelles conditions le registre de la santé en est-il venu à s'imposer de manière si évidente, et ce que cela implique pour les professionnels comme pour les hébergés.

Nuançant l'idée d'un tournant dans la prise en charge de la santé des sans-abri, l'étude sociohistorique menée met d'abord en lumière combien la prise en compte des affections sanitaires des hébergés a structuré l'histoire de cette association, marquée cependant par une vigilance constante à résister à toute forme d'emprise médicale. La recherche interroge ensuite ce qu'il en est de la matérialité de cette considération du soin. Qui accomplit le travail de *care* auprès des sans-abri ? L'étude des trajectoires et pratiques professionnelles augure une réflexion sur l'importance d'adosser une perspective intersectionnelle à l'analyse du processus de sanitarisation, dans la mesure où le soin porté aux sans-abri s'inscrit dans une division genrée du travail de *care*. Puis, la thèse se consacre à l'ethnographie de situations concrètes d'accompagnement d'hébergés. En analysant les effets de cette prégnance sanitaire dans leur prise en charge, l'enquête propose une réflexion sur la correction et la production des inégalités sociales de santé auxquelles sont surexposées ces personnes. À partir du cas des centres d'hébergement et de ses acteurs peu visibles, mais néanmoins centraux dans le soin porté aux sans-abri, cette recherche s'inscrit à la croisée d'une sociologie de la santé et du travail social pour interroger plus largement les enjeux contemporains des recompositions de l'État social.

Mots clés :

Sans-abri – travail social – sanitarisation – *care* – monde de l'assistance – féminisation – groupes professionnels – État social – inégalités sociales de santé – ethnographie

Abstract

This inductive research project, carried out in various homeless shelters, is based on the premise that health-related factors occupy a central position in these spaces which traditionally revolve around social work. By monographing an association in north-western France that runs one of the country's oldest night shelters, the thesis examines the redefining of the boundaries between social and healthcare. In the space of a century, the homeless person has gone from being an individual whom society sought to distance itself from to a person who must be helped. Little is known, however, about how social workers, historically engaged to take care of these people, have addressed the reevaluation of this social issue. This ethnography, conducted from an insider's perspective as a former specialised educator, takes a "bottom-up" look at the sanitary redefinition – conceptualized as a sanitization process – of care for the homeless, questioning the conditions under which the realm of healthcare came to impose itself so prominently and what this implies for professionals and the sheltered alike.

Qualifying the idea of a turning point in the care of homeless people's health, this sociohistorical study first highlights the extent to which care to sheltered people's health ailments has structured this association's history, marked as it is, however, by relentless caution to resist any form of medical control. The research then examines the materiality of this consideration of care. Who is actually performing the care giving for the homeless? The study of professional trajectories and practices suggests reflecting on the importance of an intersectional perspective in the analysis of the sanitization process, insofar as the care provided to the homeless is part of a gendered division of care work. The thesis then turns to the ethnography of concrete situations of assistance for homeless person. By analyzing the effects of this health bias in their care, the study proposes a reflection on the rectification and production of social inequalities in health, to which these individuals are overexposed. Based on the case of shelters and their less visible, but nonetheless central, players in the care of the homeless, this research lies at the juncture of a sociology of health and social work to question, more broadly, the contemporary issues at stake in recomposing the social State.

Key words:

Homelessness – social work – sanitization – care – world of assistance – feminization - professional groups – social State – social inequalities in health – ethnography