



# Le chez-soi, le soi, le soin

L'expérience limite des personnes sans domicile fixe  
comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire

Élodie Jouve, Pascale Pichon

La situation des personnes sans domicile fixe en France a été largement documentée au cours de ces vingt dernières années par les sociologues et les anthropologues, tant au niveau ethnographique que du point de vue statistique (Chopin, Gardella, 2012). Avec la recrudescence de la pauvreté et les écarts croissants entre les plus riches et les plus pauvres que connaissent nos sociétés aujourd'hui, nombre de situations critiques attestent de tous ces moments biographiques d'oscillation entre zone de vulnérabilité économique et zone de désaffiliation (Castel, 1995). Cet article s'attache à l'impact de la vulnérabilité sanitaire sur les trajectoires assistantielles et résidentielles.

Les données utilisées sont issues d'une enquête réalisée pour la Direction générale de l'action sociale (DGAS), entre 2008 et 2010, intitulée *Sortir de la rue, les conditions de l'accès au chez-soi* (Pichon, Jouve *et al.*, 2010). Dans cette recherche, les terrains explorés à Saint-Étienne, Montpellier, Lyon et Lille forment un ensemble cohérent et comparatif des différentes formes de l'habitat précaire en ville. Ces termes désignent toutes les institutions d'hébergement et de logement accompagné, c'est-à-dire sous gestion assistantielle, ainsi que tous les abris de fortune et autres modalités de la « débrouille » nocturne (nuit d'hôtel, squat ou hébergement chez un tiers par exemple). L'habitat précaire peut être figuré comme un système en réseau, vaste et complexe, dans lequel les personnes enquêtées évoluent le plus souvent pendant de nombreuses années sans accéder à un statut de locataire. C'est devenu leur seul moyen d'habiter, privé de la sécurité d'un avenir prévisible et des droits afférents au logement<sup>1</sup>. La dimension spatiale de

la vulnérabilité est ainsi inscrite dans ces manières erratiques d'habiter, où plusieurs dimensions de la vie sociale se trouvent enchevêtrées. L'observation a dévoilé un aspect que les enquêteurs n'avaient pas anticipé : l'articulation étroite entre les aléas de la santé physique et psychique et l'accès et le maintien dans les institutions d'hébergement et de logement accompagné – depuis l'urgence jusqu'au quasi-logement dans une maison-relai<sup>2</sup>. Notre article propose une relecture de nos données afin d'étayer ce résultat.

Quels sont les liens d'interdépendance entre le maintien de soi, le soin et l'accès au chez-soi ? D'abord, il est nécessaire de mettre en évidence la dimension anthropologique de la notion de « chez-soi » explorée au sein du système d'habitat précaire. Ensuite, il s'agira d'expliquer comment le modèle humanitaire de prise en charge dans l'urgence qui s'est développé en France depuis la fin des années 1980 a trouvé ses prolongements dans des tentatives de résolution de la vulnérabilité sanitaire, ouvrant à des négociations au sein des institutions d'hébergement et de soins. Enfin, pour rendre compte du rapport entre le processus d'accès au chez-soi et la vulnérabilité sanitaire, nous décrirons les épreuves typiques du prendre soin et du maintien de soi dans les situations observées. En ce sens,

1. L'enquête DGAS a été réalisée avec Katia Choppin et David Grand, doctorants en sociologie. Dans le présent article, nous confrontons les résultats de cette enquête à d'autres données plus récentes (2011-2013), en cours d'exploitation, recueillies par Élodie Jouve sur un nouveau terrain stéphanois auprès des bénéficiaires du RSA et de leurs accompagnants.

2. Ce type d'hébergement de longue durée combine espaces privés (studio) et espaces collectifs (salon, cuisine). Il est conçu pour accueillir sans durée déterminée un petit nombre de résidents (une dizaine sur notre terrain d'observation), aussi bien des hommes que des femmes, souvent âgés de plus de cinquante ans. Sur place, les résidents bénéficient d'un accompagnement social grâce à une petite équipe d'intervenants (directeur, auxiliaires de vie, maîtresses de maison, bénévoles) en lien avec des psychiatres, médecins, travailleurs sociaux en ville. Ces derniers accompagnaient d'ailleurs bien souvent les personnes avant leur entrée dans la maison.

nous proposons une exploration critique de la vulnérabilité sanitaire dans un contexte d'urbanité fragile.

### Conditions du chez-soi depuis une situation-limite

Les résultats de notre enquête auprès des personnes hébergées en institution, en logement adapté ou thérapeutique révèlent, du fait même de leur présence partielle ou de leur absence, quatre catégories de l'expérience éclairant la signification anthropologique du chez-soi : l'aménagement, l'appropriation, l'attachement et l'ancrage. Ces catégories, présentent un contenu idéal-typique du chez-soi dont nous rendons compte de façon synthétique.

L'aménagement des lieux prend sens dans son articulation avec la séquence qui l'encadre inévitablement, le déménagement, qui clôt une période de la vie pour en entamer une autre. Aménager les lieux revient à y ordonner ses maigres biens, à décorer l'espace, le personnaliser pour présenter à autrui une image de soi digne. Car un domicile à soi est toujours un lieu à double fonction : celui de la préservation de l'intimité et celui de la réception, de l'accueil, d'une hospitalité. Ainsi, aménager, c'est aussi aménager ses relations avec autrui.

L'appropriation relève quant à elle de la préservation de l'intimité, par un ensemble de mises en réserve de soi. Chez-soi, chacun peut s'élaborer des espaces strictement privés, lieux d'intimité, de réalisation de sa sexualité, de mise en dépôt de secrets et voilements de soi. L'appropriation contient les « plaisirs de l'habiter » (De Certeau, 1990), tels qu'inviter, cuisiner (pour soi, pour autrui), pratiquer des loisirs, paresser ou bricoler. C'est un ensemble d'activités qui extrait l'habiter du strict cadre utilitaire.

Aménagement et appropriation se conjuguent au pluriel dans les réalités observées, du fait même du caractère systématiquement instable et non pérenne de l'habitat. Les attachements, quant à eux, se rendent visibles lorsque la précarité n'est pas extrême. Ils maintiennent chacun dans un maillage et une sécurité propices à entrevoir un avenir professionnel et des relations sociales et affectives durables et également à envisager une mobilité résidentielle. C'est parce que nous sommes attachés à certaines choses qui nous lient (le lien comprenant la contrainte comme le support, parfois les deux mêlés), que nous sommes en capacité de compter sur ces liens pour nous projeter. La gestion des attachements pérennes est un marqueur de première importance dans les situations de crise du chez-soi. Que conserve-t-on de ce qui nous constitue ? C'est dans un jeu tendu et parsemé de pièges que les individus s'attellent à se détacher de certaines « choses », comme ils disent (personnes, animaux, lieux, addictions), considérées alors comme nocives pour se rattacher à d'autres envisagées comme bénéfiques. Or, cette opposition ne va pas de soi. Les attachements jugés bénéfiques (par exemple la famille) peuvent se révéler néfastes

en fonction des situations, et les attachements considérés de façon normative comme nocifs (les amis de galère ou les addictions à l'alcool, à la drogue) encouragent l'individu à tenir une ligne de conduite assumée.

Enfin, l'ancrage, catégorie de l'expérience liée à l'inscription sociale et territoriale des personnes, met en lumière la participation à la cité, à des réseaux sociaux et familiaux, ainsi que les signes de la citoyenneté. L'ancrage signifie que l'individu s'installe dans un espace à la fois physique et social, dans lequel il doit trouver sa place au contact des voisins et dans un environnement non familial. Ce faisant, il en décode progressivement les marqueurs de l'accessibilité aux espaces publics et collectifs proches, aux commerces et aux services, en repère les qualités en y inscrivant ses routines du quotidien. L'ancrage peut être pluriel ; peu importe la géographie s'il ouvre l'accès aux droits et aux devoirs attestant de l'égalité face aux autres dans une communauté citoyenne.

Cette théorie ancrée<sup>3</sup> met en évidence différentes combinaisons possibles de ce que nous nommons les « quatre A » (aménagement, attachement, appropriation, ancrage). Ils n'apparaissent pas tous de la même manière, ni avec la même intensité selon le mode d'habitat. Si la formule « sortir de la rue » peut prendre signification, c'est sans nul doute lorsque le sentiment du chez-soi trouve à s'exprimer d'une façon ou d'une autre, avec plus ou moins de plénitude ; pour autant, y parvenir n'est pas un processus linéaire au cours duquel il faudrait d'abord aménager afin de s'attacher puis de s'approprier et de s'ancrer. Dans le cours de l'aménagement, les relations vont de pair avec le fait de s'approprier les lieux, de prendre place dans ses relations proches ou lointaines avec les autres, tout comme avec la possibilité de mettre en place des processus d'attachement-détachement (aux gens, aux lieux et aux choses) et de se fixer socialement et territorialement. Autrement dit, pour être chez-soi quelque part, les « quatre A » doivent coexister. Ce n'est jamais le cas sur nos terrains d'enquête où la perspective d'accéder à un lieu de vie choisi demeure hypothétique, tant la prise en compte par les accompagnants sociaux de ce qui attache chacun à autrui, aux animaux de compagnie, aux lieux, aux choses, se heurte à la normativité des institutions.

Quand nous rencontrons Arnaud, il fait état des deux problématiques qui s'affrontent eu égard aux conditions d'accueil des services sociosanitaires : non seulement il est malade, mais surtout, il a un chien. Monique, l'infirmière du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui le suit, raconte : « Lui, le truc très important quand même, c'est qu'il a un chien. Nous sommes le seul CHRS qui peut l'accueillir. [...] Après, pour lui y avait

3. Nous suivons la traduction de Marc-Henry Soulet de la *grounded theory* dont les fondements ont été défendus et explicités par Barney G. Glaser et Anselm A. Strauss (2010).

aussi une méfiance des orientations sociales parce qu'à un moment donné, une association l'a orienté vers un hébergement sanitaire qui pouvait être tout à fait adapté, parce qu'ils prennent des gens qui sont sous traitement pendant six mois, un an, le temps du traitement, donc c'était parfait, y avait des infirmiers, de bonnes conditions. Donc il a fait tous les papiers pour ça, tous les entretiens pour ça, jusqu'à ce qu'on lui dise qu'ils ne prenaient pas les chiens. Et ça c'était hors de question pour lui, sans son chien. Il était très en colère. Très en colère parce qu'il a passé des mois à attendre cette réorientation-là, parce qu'il a fait de son mieux le jour de l'entretien, parce qu'il a de nouveau attendu. La réponse pour lui c'était évident, tout le monde savait qu'il avait un chien. Et c'est au deuxième entretien qu'il a appris que c'était pas possible. Deuxième entretien, ça veut dire que t'es à quinze jours de rentrer. Moi j'oriente jamais aux Act [appartements de coordination thérapeutique], un mec qui a un chien, je sais qu'ils prennent pas. Donc y a eu une confusion là. J'en ai parlé avec eux, selon eux il était pas très clair sur le chien, ou pas le chien. Moi, depuis le premier mot qu'on s'est dit au téléphone, son chien c'était très important. Il était hors de question, à aucun moment qu'il se sépare de ce chien, qui est en fin de vie d'ailleurs, qu'il veut amener jusqu'au bout, ce qui est tout à fait légitime d'ailleurs. Donc on était la seule solution » (Monique, infirmière en CHRS). Avoir un lieu où se soigner correctement était également la condition *sine qua non* posée par le médecin de Benoît pour débiter un traitement sous interféron : « Monique [l'infirmière du CHRS], elle est venue voir dans quoi j'habitais. C'est grâce à elle que je suis là. C'est elle qui a boosté les choses. Puis de toute façon le professeur, il m'a dit que tant que je suis pas casé quelque part, il me donnait pas le traitement. Il m'a dit : "C'est trop lourd, c'est vraiment suicidaire". Alors il m'a dit : "Si vous avez pas un appart, pas de traitement" » (Benoît, hébergé en CHRS).

Ces deux exemples complètent, sans l'épuiser, la signification du chez-soi. Si l'on suit les propositions de Barbey (1990), la notion de « chez-soi » relève de l'attachement au logis qui ne peut se réaliser sans inclure l'affectivité qui relie l'homme à son chez-soi. Le partage de l'habitat, de manière irrégulière ou constante, avec une ou plusieurs personnes, lui confère par exemple une valeur positive. Le chez-soi peut alors devenir un « chez nous ». En second lieu, le chez-soi construit un espace qui articule simultanément des lieux aux épisodes de la vie. Enfin, la relation intime au chez-soi s'inscrit dans une relation dynamique, perméable à l'évolution de l'individu et à son rapport aux autres et au monde. Carl Graumann souligne que nous prononçons bien plus souvent « la petite phrase : "Je me sens chez-moi ici" quand justement nous ne sommes pas chez nous » (Graumann, 1989, p. 53). Ce faux paradoxe nous permet d'accéder à une compréhension du chez-soi qui se détache de la topographie, de la polarité dedans-dehors comme de la distinction privé-public pour atteindre la dimension pro-

prement humaine du chez-soi, c'est-à-dire le fait d'être véritablement soi en relation avec le monde extérieur, raison pour laquelle la notion de chez-soi est liée à l'unicité du moi, à la question « de l'identité, de l'*ipséité*, laquelle se pose non pas à propos d'une *solus ipse*, mais d'un être qui est déjà toujours en rapport avec les autres. Ainsi la question "qui suis-je ?" ne se laisse pas penser indépendamment du "où suis-je ?" et du "comment y sommes-nous ?" » (Villega-Petit, 1989, p. 132).

### **Intégration des soins dans le système d'hébergement : des négociations inédites**

Les entraves à constituer un chez-soi stable et durable tiennent à de nombreuses causes structurelles, telles que les politiques publiques du logement, les effets du chômage, la désinstitutionnalisation psychiatrique, mais également à une cause moins connue, la consécration du modèle de l'urgence sociale dans les prises en charge des personnes<sup>4</sup>. Sans pour autant mettre directement en œuvre des soins, mais en proposant une sorte de plateforme d'orientation selon la gravité sanitaire, l'urgence sociale est calquée sur l'urgence médicale et plus particulièrement sur celle des organisations non gouvernementales mise en œuvre par les médecins urgentistes dans les situations de crises humanitaires. Dans le même mouvement, pour combler les carences des politiques publiques, les associations caritatives et humanitaires se sont insérées dans le paysage urbain tout au long de ces deux dernières décennies : dans le domaine de la santé, Médecins du Monde a implanté ses premières antennes nationales de manière expérimentale en 1986, avant de pérenniser son action quelques mois plus tard dans toutes les grandes villes de France. C'est dans cette dynamique d'« humanitarisation » des politiques publiques (Collovald, 2001 ; Pichon, 2005) à l'intérieur des frontières nationales, que se sont développées, sous la pression et à l'initiative des grandes associations d'hébergement, des solutions de soins intégrées à ces associations, proposant des parcours de soins parallèlement aux prises en charge sociale. Si l'on peut reconnaître qu'il existe un souci sanitaire face à la situation des sans domicile fixe, ces nouvelles formes de prise en charge au cœur des villes mettent néanmoins en évidence un système à double vitesse, profondément

4. L'institution emblématique de l'urgence sociale est le Samu social, regroupant le 115 – numéro d'appel pour tous ceux qui recherchent un hébergement la nuit dans les villes équipées de ce dispositif –, les institutions d'hébergement d'urgence, les services d'accueil de jour, et enfin les « maraudes » lors desquelles des équipes pluridisciplinaires (intervenants sociaux et infirmiers, parfois psychiatres) vont à la rencontre des personnes sans abri dans la rue pour leur proposer, si elles l'acceptent, une aide ponctuelle, des informations, et très rarement, sauf si la situation est véritablement critique, un hébergement, voire une hospitalisation (Cefai, Gardella, 2011).

inégalitaire dans l'accès au soin, malgré la création de la CMU (couverture maladie universelle) en 1999, inscrite dans la loi contre l'exclusion de 1998<sup>5</sup>.

Quelques temps après la mise en œuvre du Samu social, des lits d'hébergement de soins infirmiers<sup>6</sup> sont expérimentés : ils visent à accueillir pendant une durée limitée des personnes dont l'état de santé nécessite le repos et des soins impossibles à dispenser dans la rue ou dans les abris précaires, sans pour autant justifier une hospitalisation. Ce système d'hébergement sanitaire est consacré grâce au dispositif LHSS (lits-halte-soins-santé) par lequel on propose un hébergement en même temps que des soins à des personnes à la rue, une sorte de sécurité sanitaire pour une durée n'excédant pas deux mois.

Cependant, l'évaluation de ce dispositif aboutit à un premier constat, et non des moindres, pour les personnes concernées : la difficulté à lier, dans la continuité de la prise en charge sanitaire et sociale, le dispositif LHSS et l'hébergement ou le logement. La durée de séjour légale en LHSS en fait un lieu de transit, un de ces multiples moments critiques qui balisent l'expérience citadine de la vie de sans domicile fixe, faite d'alternance d'habitats précaires institutionnels ou hors institution et d'abris dans les interstices de la ville. Rien ne permet aux personnes de se projeter au-delà du temps de soin institué. C'est alors la prise en charge sociale, qui peut leur assurer une continuité dans l'hébergement institutionnel en formulant avec la personne un « projet de vie » ou, plus modestement un « projet d'insertion ». La poursuite de soins peut par ailleurs faire en soi office de projet et permettre d'accéder à un nouveau statut, celui d'hébergé en stabilisation, en insertion (places de CHRS les plus courantes), et plus exceptionnellement en appartement de coordination thérapeutique (Act), voire en logement de droit commun. Suspendu aux solutions trouvées par la prise en charge sociale, l'entrée en LHSS constitue un point d'arrimage, une nouvelle adresse.

En révélant les limites et les ambiguïtés du dispositif, l'évaluation a incité les pouvoirs publics à la création et à l'expérimentation d'une nouvelle formule, les lits d'accueil médicalisés (Lam) pour assurer un hébergement pérenne aux personnes nécessitant des soins de longue durée. Cette fois, pas de limitation de durée : ce nouveau cadrage pallie les difficultés d'accès des personnes sans domicile au droit commun et adjoignent un accompagnement social au parcours de soin.

Ce rapide panorama des conditions de l'hospitalité sanitaire en direction d'une population cible montre que l'accession à un hébergement (quelques fois à un logement adapté) peut se réaliser grâce ou à cause d'une nécessité de soins, mais que la continuité des soins et de l'hébergement n'est en rien systématique : elle relève de la négociation et comporte une part d'arbitraire. La priorité institutionnelle donnée aux corps en danger se donne alors à entendre au cœur des négociations entre les demandeurs et les intervenants sociosanitaires ; l'enjeu est de taille puisqu'une telle solution autorise alors à envisager une possible sortie de l'existence à la rue.

La trajectoire d'Éric, jeune homme de vingt-deux ans, au sein d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), est exemplaire de l'accès à l'hébergement via l'urgence à devoir être soigné. Quand nous le rencontrons, cela fait bientôt deux ans qu'il est résident. Après avoir intégré une place LHSS, son état de santé très dégradé laissait supposer qu'il nécessiterait bien plus que les deux mois réglementaires. C'est donc sans surprise qu'il a intégré une place de stabilisation et qu'il est aujourd'hui en place d'insertion : « Quand je suis arrivé y avait pas de place du tout et il restait deux *bungalows* [en place uniquement pendant la période hivernale]. C'était le moment où ils en avaient enlevés. Je suis resté en lit de soins pendant une semaine. Parce que mes chiens – y avait huit chiots et les deux parents – moi je voulais pas les mettre au chenil. Je voulais pas être séparé d'eux. À la fin, ils les ont séparés. Les chiens ils ont pétié les plombs pendant deux semaines tu vois, les voisins ils ont pétié les plombs. Tu sais, mes chiens ils se sont faits caillasser et tout. Au bout d'un moment, j'ai dit : "C'est bon ça va, on arrête, c'est bon je me barre". Et j'étais malade tu sais, j'avais mon ulcère et ils m'ont dit : "Non, non, on vous laisse pas partir, on va trouver une solution". Et d'un coup

5. Et plus récemment l'adjonction de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) en 2012, dans le cadre du plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion, qui relève le plafond de ressources pour y accéder et ouvrir ainsi des droits à 500 000 personnes supplémentaires.

6. Appelés « lits Emmanuelli » en référence à leur promoteur Xavier Emmanuelli, ancien médecin sans frontières et ancien secrétaire d'État à l'action humanitaire, également fondateur du Samu social. L'expérimentation porte également sur des centres d'hébergement d'urgence comprenant des soins infirmiers.

7. L'évaluation réalisée en 2009 par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) montre la faible proportion de personnes orientées vers l'hébergement de longue durée, voire l'hébergement tout court. Seules 17 % des personnes au terme de leur passage en LHSS obtiennent un hébergement, 10 % sortent du dispositif par exclusion et 24 % en sortent volontairement, sans pour autant avoir de solution d'hébergement (et encore moins de logement) par la suite. Il y a donc 34 % des personnes qui retournent à la rue après avoir bénéficié de soins. L'évaluation met par ailleurs l'accent sur l'âge des personnes hébergées en LHSS : plus de 15 % d'entre elles ont plus de soixante ans.

ils me disent : “Bon ben monsieur, vous allez dans le *bungalow* avec vos chiens” » (Éric, hébergé en CHRS).

Si le corps peut ouvrir une voie d'accès aux services, il sert aussi de prétexte à la sollicitation d'aide. La notion de « prétexte » est ambiguë car elle peut laisser supposer que les maux dont souffrent les personnes n'en sont pas réellement, et nourrir la suspicion quant à l'usage proprement utilitariste que les personnes feraient des services. Au contraire, il nous faut observer combien la notion de « prétexte » recouvre un ensemble de négociations entre intervenants sociaux et solliciteurs et entre intervenants sociaux au sein même des dispositifs qu'ils activent sans cesse pour trouver des solutions aux problèmes posés. Le prétexte, c'est donc avant tout celui utilisé par les accompagnants pour faire en sorte qu'une personne dont la situation ne correspond pas point par point aux conditions requises pour être hébergée puisse malgré tout être accueillie, quitte à ajuster les pathologies dont elle souffre aux attentes de l'institution. Il arrive ainsi que l'accès à un lit de soin serve de levier pour qu'une personne trouve une place plus pérenne dans l'institution. Quand l'infirmière d'un centre d'hébergement nous évoque la situation de Benoît, elle précise : « Il a pu rentrer en lit de soins avec une pathologie plutôt au long cours, donc on a joué un petit peu sur le fait qu'il était extrêmement fatigué et qu'il avait besoin de mettre en place des soins. Mais ça n'est pas forcément la première mission du lit de soins, mais quand même tu vois... Vu qu'il était fatigué, besoin de repos, besoin de faire un petit peu le point au niveau de ses soins, ça pouvait en relever. Voilà, c'est comme ça qu'il est arrivé et qu'en fait, à partir de là, il a un traitement à mettre en route, mais il gère tout très bien tout seul. [...] »

– Parce qu'en fait lui, son projet, c'est la poursuite des soins ?  
 – Là dans un premier temps. Si tu veux un traitement qui dure six mois, un an, c'est pas du lit de soins, ni rien du tout, par contre le CHRS peut servir à des personnes qui vont être à un moment donné fatiguées sur plusieurs mois et qui en même temps mûrissent un autre projet, qui sont autonomes, c'est son cas, mais qui ont besoin encore un peu de soutien psycho et médico-social. Là, il y a des infirmiers, des médecins, des travailleurs sociaux » (Anne, infirmière dans un CHRS).

Il arrive que le corps-prétexte soit également celui de l'étranger malade. Afin de limiter l'attractivité du système de soins français et de ne pas abuser de l'argument de soins en cas d'expulsion, le gouvernement a mis en place en 2007 des « fiches pays » accessibles via le réseau intranet du ministère de l'Intérieur, qui détaillent la nature et la géographie de l'offre de soins dans différents pays, sans pour autant différencier les possibilités effectives d'y avoir accès (politiquement, géographiquement et financièrement). Marek n'a pas tiré la bonne carte, alors même qu'il vient d'être débouté de sa demande d'asile. Il est ainsi devenu un immigré clandestin sans domicile. Ce statut particulièrement difficile à négocier lui permet tout au





Gaspard Lyon

plus de bénéficier de l'aide médicale d'État<sup>8</sup> (Ame) et des foyers d'hébergement d'urgence. Lors du plan hivernal d'urgence, il a été accueilli quelques nuits dans le réfectoire d'un asile de nuit sur un lit de camp. Il arrive que les travailleurs sociaux fassent quelques entorses au règlement en réservant une place à ceux qui doivent quitter les lieux le matin. C'est ce qui se passera pour Marek pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que les températures soient plus clémentes et que le plan hivernal d'urgence soit clôturé. Le jeune homme est mis à la porte, mais sera finalement accepté en LHSS pendant quinze jours. L'équipe médicale n'en a pas le droit, Marek ne relève pas du dispositif. Elle le fait quand même et prétexte une « urgence humanitaire ». Les quinze jours de sursis laissent Marek sur le qui-vive et accentuent sa faiblesse physique. Nul doute qu'il soit épuisé, nul doute aussi qu'il tente d'attirer l'attention sur sa souffrance. Du local dans lequel se réunissent les travailleurs sociaux de la structure, chacun voit Marek déambuler dans la cour du centre d'hébergement, traînant les pieds, simulant parfois des quintes de toux, s'asseyant subitement de peur que ses jambes ne se dérobent sous son corps déjà frêle. Son comportement finit par agacer les intervenants sociaux. Pourtant, tous acquiescent quand une des intervenantes commente ainsi un des énièmes passages du jeune homme devant les fenêtres du local : « Ah ben, il a compris comment ça marchait lui. En même temps, il a raison, je le comprends, moi je ferais pareil, il n'a rien d'autre. » Rien d'autre à proposer qu'un corps malade. Ce n'est pas tant son attitude qui pose problème que le dilemme moral : il n'y a rien à faire pour lui alors que l'entrée en lit de soins doit être un prélude à une action à venir, qu'il s'agisse de l'accès à un hébergement, à un logement ou de l'activation administrative de l'ensemble des droits auxquels peuvent prétendre les personnes, dont la possibilité d'obtenir un titre de séjour. Marek ne correspond à aucun de ces possibles.

### **Prendre soin : contraintes et paradoxes en vue du maintien de soi**

Ces exemples typiques nous invitent à considérer la dynamique du *care*, c'est-à-dire le prendre soin dans toutes ses dimensions personnelles et relationnelles (Tronto, 2009, pp. 147-150) que nous articulons avec celle du maintien de soi en situation d'extrême dénuement (Pichon, 2007). Dans ce processus, qui peut faire du souci des corps une fragile passerelle vers le chez-soi, c'est l'ensemble de la « grammaire éthique de l'acte du *care* » qui se dévoile depuis le *caring about* (se soucier

8. L'Ame permet la prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation ainsi que la prise en charge des médicaments génériques. Les conditions d'obtention demandent à ce que la personne majeure réside en France depuis au moins trois mois ou qu'elle séjourne en France plus de six mois par an. À cela s'ajoute un plafond de ressource identique à celui de la CMU-C.

de) induit par l'urgence sociale, puis le *taking care of* (se charger de) qui soutient la demande de soins pour obtenir un hébergement, jusqu'au *care-giving* (donner des soins) qui se déploie plus fermement dans les lieux adaptés. La dernière phase, le *care-receiving* (recevoir des soins) dépend quant à elle des conditions d'existence, si fluctuantes, dans lesquelles les personnes se trouvent (Tronto, 2009).

Sur nos terrains ethnographiques, nous observons tout d'abord une hiérarchisation des douleurs. Celles qui empêchent les activités quotidiennes de la survie et les pérégrinations dans les interstices urbains font l'objet d'une plus grande attention de la part des personnes à la rue<sup>9</sup>. Dans les centres de soins gratuits, les demandes les plus fréquentes concernent les pieds et les dents. Obtenir des pansements, du désinfectant, soulage les douleurs qui entravent la marche, ou celles, dentaires qui, par leur intensité, ôtent toute l'énergie nécessaire à l'action. Au contraire, les abcès, les maladies de peau, les maladies parasitaires, ou encore les maladies sexuellement transmissibles sont bien souvent mis en attente. Cette apparente irrationalité des demandes de soins montre comment se hiérarchisent les pathologies eu égard aux contraintes du quotidien : des pieds douloureux sont un handicap d'une actualité tangible alors qu'un cancer parvient à se faire oublier, du moins pendant un temps<sup>10</sup>. Nos observations montrent combien le nonaccès aux soins, notamment les plus onéreux comme l'ophtalmie ou les réparations dentaires, ainsi que le suivi médical des pathologies chroniques, est une conséquence directe des conditions de survie.

Andersen et Newman (1997) ont mis en évidence les trois facteurs interdépendants qui déterminent l'utilisation des services de santé : les caractéristiques du système de soins ; les caractéristiques individuelles objectives, comme l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, ou culturelles, telles que les opinions et les croyances concernant la maladie ; et les attitudes à l'égard des services de santé. Concernant nos enquêtés, on peut relever que le type de couverture sociale (ici la CMU) entraîne dans de nombreux cas une

disqualification auprès des praticiens<sup>11</sup> tout comme la possession de l'Ame. Le refus de soins qui en résulte, quand bien même il ne peut être généralisé à l'ensemble du système de santé, se traduit par des offenses (mépris, absence d'empathie) rapidement perçues par l'indésirable. Une ordonnance perdue, un manque de clarté dans le récit du patient entraînent aussi une mise à l'écart expéditive, par exemple de la part du pharmacien. Toutes ces attitudes réitérées ont un impact sur l'accessibilité : la peur d'un éventuel refus, à l'instar du sentiment de ne pas être le bienvenu dans une salle d'attente en raison de son statut social, peuvent entraîner une désaffection pour les services de droits communs. Ce processus de désengagement réciproque conduit les personnes à choisir par défaut les centres de soins associatifs parce qu'ils sont certains d'y être acceptés même si leur situation n'est pas clarifiée administrativement.

Bien que la situation de Sébastien, jeune homme vivant dans un squat, soit enfin régularisée – elle ouvre droit à présent à la CMU et il peut se rendre chez un médecin de ville pour effectuer des soins –, il reste un usager régulier d'un centre de soins gratuits. Sans domicile depuis presque sept ans dans la ville de Saint-Étienne, il a tissé des rapports de familiarité avec de nombreux salariés ou bénévoles associatifs, de sorte que la fréquentation du centre de soins gratuits procède d'une forme de confiance retrouvée dans l'accompagnement social. Paul, squatteur à Montpellier, continue également à se faire soigner dans un centre médical gratuit : « Ouais, j'ai un médecin en ville qui me suit maintenant. Mais je lui fais pas trop confiance, je préfère même son assistante. Lui, il comprend pas tout, et je me demande même s'il me soigne bien. Ici je connais pas mal de gens, je sais qu'ils assurent. [...] C'est la pitié pour les médicaments. Ils ont rien ici ! Mais je viens, ça se passe bien pour moi » (Paul, en squat depuis trois ans). Les doutes que Paul met en avant, concernant les qualités professionnelles de son médecin traitant, se comprennent mieux lorsqu'il marque un point crucial de désaccord : « Je sais bien que c'est son métier, mais je crois qu'il peut pas tout comprendre quand même. Il me dit des trucs des fois tu te demandes s'il comprend tout. La dernière fois que je l'ai vu, il m'a dit que je devais faire gaffe à pas tout mélanger, mon traitement et le reste [la drogue]. Il est marrant ce mec ! Alors moi je lui dis : "Oui, oui monsieur", mais je me pensais : "Hé tu

9. On sait que dans les situations les plus extrêmes, cette hiérarchisation devient obsolète tant le rapport au corps et à ses manifestations est modifié.

10. Nos observations corroborent les résultats de l'enquête Insee 2001, qui montre chez les sans-abri une prévalence de ces pathologies mises en attente : 14 % d'entre eux souffrent de maladies respiratoires (de la bronchite chronique à l'asthme, jusqu'à la tuberculose), 13 % souffrent de séquelles d'accidents ou de maladies graves, 7 % sont atteints par des problèmes dermatologiques. Notons encore que 20 % d'entre eux se plaignent de migraines (contre 4 % de la population générale), ce qui semble être expliqué en grande partie par des problèmes de vue non corrigés.

11. L'étude Dies, réalisée en 2006, avance plusieurs motifs imputables aux praticiens refusant de soigner ces patients : motifs financiers ; motifs moraux lorsque la CMU est perçue comme un dispositif charitable ; motifs médicaux de l'inadaptation des prescriptions aux populations précaires. En outre, l'étude précise que les praticiens attribuent aux patients les plus précarisés des comportements inadaptés, comme l'absence de régularité, de ponctualité, ou encore supposent que l'absence de coût monétaire directement imputable au patient ôte une efficacité symbolique aux soins. Cf. rapport n° III d'évaluation de la loi CMU, Fonds CMU, janvier 2007, pp. 51-52.

rêves mec ! Ma came elle marche vachement plus que ses médocs” [rires] » (Paul, en squat depuis trois ans).

De nombreux usagers des centres de soins gratuits deviennent des habitués et continuent de les fréquenter même lorsque leur situation administrative les autoriserait à accéder aux services de droit commun. Pour les travailleurs sociaux, les centres de soins sont des « lieux de dépannage » pour tous ceux qui n’ont pas d’autres choix. Pour de nombreux usagers des centres médicaux, ils sont devenus les seuls lieux en ville capables de répondre à leurs attentes de soins ponctuels, d’obtention de médicaments, voire de suivis. L’écoute patiente est sans doute l’une des raisons de leur choix : elle débute dès la salle d’attente où se mêlent des publics précaires et où, quelle que soit l’origine nationale, chacun y est plutôt bien accepté<sup>12</sup>. Mais il ne faut néanmoins pas écarter l’argument politique que propose Isabelle Parizot : si « l’univers humaniste » permet la création d’espaces sociaux participant à la reconnaissance des individus (par le soutien moral, l’amitié, la confiance en sus des soins), l’univers médical concourt, à l’inverse, à restaurer l’identité de l’individu par la manifestation d’une égalité statutaire (Parizot, 2007). Reconnaissance *versus* égalité donc.

L’agrégation hétérogène des publics précaires exerce les tensions dans une volonté de distinction toujours active. Les patients migrants, notamment les familles, se sentent fortement dévalorisés, dans cette proximité avec ceux qu’ils voient comme des clochards, toxicomanes ou assimilés. Ces derniers, quant à eux, n’apprécient pas toujours d’être logés à la même enseigne que les « étrangers ». Entre l’inconditionnalité de l’accueil et la cohabitation contrainte, le sentiment de chacun d’appartenir à des catégories défavorisées se renforce (Parizot, 1998). Ainsi s’expérimente la stigmatisation et parfois s’intègre une citoyenneté de seconde zone. Si les personnes résistent dans le cours des situations vécues au processus de stigmatisation, il leur arrive d’endosser une citoyenneté de seconde zone, comme ce jeune couple qui se présente à l’accueil afin d’obtenir une consultation pour chacun d’eux auprès du médecin : si le jeune homme n’a pas de protection sociale, la bénévoles chargée de l’accueil apprend avec étonnement que la jeune fille est affiliée à la Sécurité sociale. Elle lui signale alors qu’elle peut, comme tout un chacun, prendre rendez-vous auprès d’un médecin de ville. La jeune fille ne pensait pas pouvoir le faire parce qu’elle est sans domicile depuis quelques mois. Pour elle, sa situation signe l’entrée dans la catégorie de ceux qui n’ont plus accès aux mêmes droits que les autres.

Insistons sur une dernière conséquence de l’usage des services de santé gratuits en ville : pour les personnes sans domicile fixe, l’entrée dans ces structures associatives et leur degré d’utilisation dépend plus largement de la position de chacune dans ses relations avec l’assistance. La manière dont sont administrés les soins est fonction de trois propriétés : la continuité, la globalité et la coordination (Andersen, Newman, 1973). La continuité se conçoit aisément dans le respect de l’ordonnance, du protocole lié au traitement et/ou des rendez-vous médicaux. Un individu peut rencontrer régulièrement un soignant sans adhérer ou se plier aux règles ; il peut également suivre un protocole de soin et parallèlement en entamer un, voire plusieurs autres, auprès d’autres praticiens. La globalité indique l’adaptation des posologies aux conditions d’existence et nécessite la coordination entre les différents soignants en relation avec un même patient. Bien souvent, la globalité du processus ne peut être assurée, pas plus que la coordination, du fait du caractère aléatoire des visites du patient mais également des changements fréquents du médecin référent. Dans la durée, le suivi des démarches administratives et médicales est délicat. Aux nécessités de cette existence qui obligent à se centrer sur le présent de la situation, s’ajoutent les nombreux autres événements qui amènent les patients à disparaître pendant un temps : changements soudains de lieux de vie, de villes, incarcérations, décès, conflits avec l’entourage, etc. ; toutes ces discontinuités biographiques les conduisent à renoncer au traitement et au suivi médical, ou à considérer ce souci de soi accessoire au regard d’autres préoccupations.

De même, les personnes aux prises avec des addictions (toxicomanie, alcoolisme) soulèvent d’autres questionnements pour les soignants. Les risques liés à l’automédication et à l’administration de toxiques, la prise de médicaments pour renforcer les effets de « défonce », limitent parfois les praticiens dans les protocoles de soins et les prescriptions. Thierry alterne séjours à Marseille et à Montpellier, et dans chacune des villes il a non seulement un médecin traitant mais effectue aussi des visites régulières dans les centres de soins gratuits. Il ne sait plus trop où il en est dans ses traitements, les délaissant parfois, pour les reprendre par la suite, simultanément, sans se soucier du cumul des substances mêlé à sa consommation d’alcool et de stupéfiants. L’obtention d’une place en CHRS lui ouvre désormais la possibilité d’être soigné dans des conditions permettant continuité, globalité et coordination de la prise en charge.

Cependant, sa nouvelle situation met en évidence un nouveau risque : l’entrée en hôpital ou un séjour en LHSS entraîne souvent une coupure avec le monde de la rue, qui fait encourir le risque de retrouver au retour une situation plus dégradée – démolition de l’abri, vol, liens distendus avec les pairs –, comme l’a vécu cet infirmier : « Bon après la difficulté dans des situations comme ça, pour les personnes, c’est que pendant leur séjour, ils peuvent perdre leur squat. Et du coup, ils te le disent bien,

12. Il arrive que les jugements portés par l’équipe sur les réactions inappropriées d’un de ses membres l’aide à canaliser son ressenti. C’est pour cette raison que des « débriefings » sont régulièrement organisés afin de soulager les tensions accumulées par les intervenants.

que ça soit leur garage ou leur squat, ils te disent : “Moi je prends le risque qu’on enlève mes affaires de là où je suis, qu’on démolisse ma cabane pendant mon séjour chez vous. Moi après si y’a rien derrière, je peux être encore pire qu’avant d’arriver”. Donc ça c’est un truc difficile. Tu peux pas jurer que... On l’a vécu avec un autre monsieur, c’est pour ça que je te dis ça. Sa cabane en fer a été détruite pendant son séjour ici, les propriétaires ont profité de son absence, ils ont vu qu’il était plus là, ils ont tout fait démolir, ils ont tout rasé. Voilà » (Jacques, infirmier dans un CHRS).

La vulnérabilité sanitaire des personnes sans domicile nous éclaire sur les dispositifs et négociations qui articulent le *care* au chez-soi avec l’ancrage dans un environne-

ment familial, un quartier, une ville. Lorsque le chez-soi n’est qu’une visée lointaine, l’urbanité se dérobe face aux épreuves du prendre soin de soi. Car le chez-soi ne recouvre pas seulement le logement, encore moins l’hébergement, mais l’entrelacement du dedans et du dehors, des temporalités, du soi et des autres, tout comme le *care* se joue dans cette collaboration entre l’aidant et l’aidé, au-delà, et parfois entre les mailles des dispositifs sanitaires et sociaux. La sortie de la rue qui se conjugue avec les différentes dimensions du *care* met en évidence avec le chez-soi retrouvé, les qualités de l’urbanité contemporaine : l’hospitalité, la mobilité et la citoyenneté. Non pas de façon tonitruante, mais à bas bruit, selon les manières propres à chacun d’habiter la ville.

## Références bibliographiques

Andersen R., Newman J. F., (1973), « Societal and individual determinants of medical care utilization in the united state », *Milbank Memorial Fund Quartely*, 51, 1, pp. 95-124.

Barbey G., (1990), *L'évasion domestique. Essai sur les relations d'affectivité au logis*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.

Barney G., Strauss A., (2010), *La découverte de la théorie ancree*, Paris, Armand Colin.

Brousse C., Firdion J.-M., Marpsat M., (2008), *Les Sans-domicile*, Paris, La Découverte.

Castel R., (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

Cefai D., Gardella É., (2011), *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte.

Certeau de M., (1990), *L'invention du quotidien. T. I. Arts de faire*, Paris, Gallimard.

Choppin K., Gardella É. (dir.), (2012), *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française, 1987-2012*, Saint-Étienne, Puse.

Collovald A., (2001), « De la défense des pauvres nécessaires à l'humanitaire expert. Reconversion et métamorphoses d'une cause politique », *Politix*, vol. 14, n° 56.

Graumann C., (1989), « Vers une phénoménologie de l'être-chez-soi », *Revue Architecture et comportement*, vol. 5, n° 2, pp. 111-116.

Laé J.-F., « L'intimité : une histoire longue de la propriété de soi », *Sociologie et sociétés*, n° 35-2, pp. 139-147.

Parizot I., (1998), « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires », in Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, pp. 33-43.

Parizot I., (2007), « La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste », in Paugam S., *Repenser la solidarité*, Paris, Puf, pp. 747-763.

Pichon P., (2005), « Intervention d'urgence et désocialisation : éléments généalogiques », chap. 2, in Ion J. et al., *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod.

Pichon P., (2010), *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.

Tronto J., (2009), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

Villela-Petit M., (1989), « Le Chez-soi : espace et identité », *Revue Architecture et comportement*, vol. 5, n° 2, pp. 127-134.

## Biographies

**ÉLODIE JOUVE** est ethnologue, chercheuse associée au centre Max Weber (UMR 5283) et chargée de mission à la Mission régionale d'information sur l'exclusion. Ses derniers travaux portent sur les conditions de la citoyenneté active des bénéficiaires du RSA. Elle a notamment publié, en collaboration avec Pichon P., Maurin M., Choppin K., dans Gardella É. (dir.), *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française, 1987-2012*, Saint-Étienne, Puse, 2013 ; et avec Pichon P., « Situations d'accompagnement social à l'hébergement et au logement. Une ethnographie sensible », *Revue Rhizome*, n° 51, janvier 2014, pp. 61-69.

elodiejouve@gmail.com

**PASCAL PICCHON** est sociologue, professeure à l'université de Lyon-Jean Monnet-Saint-Étienne et chercheuse au centre Max Weber (UMR 5283). Ses travaux portent sur les discontinuités biographiques, les situations limites de l'urbanité et sur les qualités des espaces publics contemporains. Dernières publications : « Vulnérabilités narratives et expressions biographiques », in Brodiez-Dolino A., Von Bueltingsoewen I., Eyraud B., Laval Ch., Ravon B. (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 77-89 ; et « Sortir de la rue. Question de recherche et enjeu d'action », *Le sociographe*, 48, 2014, pp. 79-90.

pascale.pichon@univ-st-etienne.fr